

**MONITORIMI
I SHËRBIMIT TË KUJDESIT
SHËNDETËSOR PARËSOR
NË SHQIPËRI**

studim kërkimor

2014

Ky botim u bë i mundur nga mbështetja bujare e Popullit Amerikan nëpërmjet Agjencisë për Zhvillim Ndërkombëtar të Shteteve të Bashkuara të Amerikës (USAID). Përbajtja është përgjegjësi e autorëve dhe jo domosdoshmërisht pasqyron pikëpamjet e USAID dhe Qeverisë së Shteteve të Bashkuara.

Autorët

Mirela Arqimandriti

Marko Ivkoviç

Irakli Naskidashvili

Milva Ekonomi

Lauren Skora

Erol Çomo

Blerta Balilaj

Erjona Mulellari

Të drejtat e publikimit

© Aplikimet për lejen për të riprodhuar ose përkthyer të gjithë ose një pjesë të këtij studimi duhet bërë në zyrën e KZLNDQ-së

Rr. Abdyl Frashëri”, P.10/1, shk.1, ap.3

E-Mail: kzln@kzln.org.al

www.kzln.org.al

ISBN:

Tabela e përmbajtjes

MIRËNJOHJE	5
RRETH NESH	7
SHKURTIME	8
ABSTRAKT	9
GJETJET KRYESORE	10
HYRJE	13
KAPITULLI I - RISHIKIM LITERATURE	14
KAPITULLI 2 - KUJDESI PARËSOR SHËNDETËSOR NË SHQIPËRI	19
KAPITULLI 3 - PROJEKTI “VËZHGIMI I QENDRAVE SHËNDETËSORE”	35
KAPITULLI 4 - METODOLOGJIA	41
KAPITULLI 5 - ANALIZË E DETAJUAR E GJETJEVE TË STUDIMIT	52
5.1 Statusi i Qendrës Shëndetësore	52
5.2 Organizimi i Qendrave Shëndetësore	55
5.3 Hapja e Qendrës Shëndetësore	59
5.4 Përshtatshmëria e Qendrës Shëndetësore për Personat me Aftësi të Kufizuara	62
5.5 Shërbimet e qendrave shëndetësore	66
5.6 Marrëdhëniet midis qendrave shëndetësore dhe Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor (FSDKSH)	71
5.7 Investimet në qendra shëndetësore	74

5.8 Vlerësimi i Infrastrukturës së Qendrës Shëndetësore	77
5.9 Vlerësimi i Pajisjeve të Qendrës Shëndetësore	83
5.10 Inventari i mjekimeve të qendrave shëndetësore	87
5.11 Vlerësimi i dokumentacionit të Qendrave shëndetësore	91
5.12 Orari i mbylljes së Qendrave Shëndetësore	96
KAPITULLI 6 - KONKLUZIONE DHE REKOMANDIME	99

Mirënjohje

Koalicioni për Zgjedhje të Lira e të Ndershme dhe për Demokraci të Qendrueshme shpreh mirënjohje për shumë organizata dhe individë të cilët dhanë kontributin e tyre për realizimin me sukses të këtij publikimi, i cili u hartua në bazë të vëzhgimit kombëtar të qendrave shëndetësore në Shqipëri.

Falenderojmë znj.Mirela Arqimandriti e cila shkroi dhe paraqiti projektin pranë donatorëve, por edhe e menaxhoi atë në të gjitha fazat të cilat u mbyllën me sukses.

Programi statistikor dhe të dhënat statistikore u hartuan dhe u përpunuan në bazë të parimeve statistikore nga ekspertët z.Marko Ivkoviç, z.Irakli Naskidashvili dhe znj.Lauren Skora.

Përveç të dhënave bazë të mbledhura nga grupi prej 550 vëzhguesish të cilët vazhguan 550 qendra shëndetësore të zgjedhura në mënyrë rastësore në të 12 qarqet e Shqipërisë, të dhëna të tjera iu shtuan studimit nga intervistat gjysëm të strukturuar me drejtues të institucioneve të rëndësishme shëndetësore dhe personaliteve në fushën e mjeksisë. Koordinimi dhe menaxhimi i gjithë grupeve të sipërpërmendura u realizua në mënyrë perfekte nga znj.Blerta Balilaj dhe znj.Erjona Mulellari me ndihmën e z.Ermir Çota, nën presionin e afateve shumë të ngushta kohore.

Falenderojmë veçanërisht znj. Milva Ekonomi, zv.ministre e Shëndetësisë, z. Erol Como, përgjegjës i Njësisë së Kujdesit Shëndetsor Parësor, pranë Drejtorisë së Shëndetit Publik në Ministrinë e Shëndetësisë, z.Astrit Beci, drejtor i Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor dhe z.Gazmend Bejtja, drejtor i kujdesit shëndetësor (Kujdesi parësor dhe programet e shëndetit publik).

Mirënjohje dhe falenderim shprehim për profesionistët znj. Albana Adhami, drejtoreshë e Kujdesit Shëndetësor Parësor në Fond; z. Alban Ylli, shef i Sektorit të Epidemiologjisë dhe Sëmundjeve Kronike; znj. Armela Bushati, punonjëse në drejtorinë Rajonale të Shëndetësisë Shkodër; z. Kristo Huta, punonjës në drejtorinë Rajonale të Shëndetësisë në Durrës; znj. Irjeta Kambo, drejtoreshë në qendrën shëndetësore në Vorë; znj. Mirela Hasanaj, drejtoreshë e Poliklinikës së Specialiteteve nr 2, në Tiranë; znj. Raimonda Kadra, drejtoreshë e Parësorit pranë ASHR dhe znj. Valdete Malaj, drejtoreshë në Poliklinikën qendrore të Specialiteteve nr 3.

Falenderojmë shumë për mbështetjen teknike të Institutit Demokratik Amerikan në Shqipëri dhe veçanërisht znj. Ana Kadoviç drejtore

ekzekutive e Institutit Demokratik Amerikan ne Shqipëri dhe znj. Dorarta Hyseni koordinatoren e këtij instituti.

Një falenderim i veçantë shkon për donatorin tonë USAID që përmes organizatës Assist Impact, mbështeti financiarisht KZLNDQ për realizimin me sukses të këtij projekti.

Në fund të këtyre falenderimeve kemi lënë më të rëndësishmit, qytetarët shqiptarë, të cilët vullnetarisht ndihmuan në realizimin me sukses të vëzhgimit të qendrave shëndetësore në qytetet fshatrat e tyre. Këtyre qytetarëve u jemi mirënjohës për punën e përgjegjshme e me cilësi të lartë për të mbledhur të dhëna të besueshme, korrekte dhe në kohë reale në lidhje me vëzhgimin. Në pamundësi për të shkruar emrat e tyre, pasi janë rreth 600 individë, ne i falenderojmë me shumë respekt.

Rreth nesh

Koalicioni për Zgjedhje të Lira e të Ndershme e për Demokraci të Qendrueshme (KZLNDQ) është një Koalicion i pavarur, jo partiak, i themeluar për të promovuar mirëqeverisjen demokratike në Shqipëri përmes fuqizimit të pjesëmarrjes së qytetarëve në dialogun publik, advokaci, monitorim të institucioneve publike dhe proceseve politike në vend.

KZLNDQ përbëhet nga 25 organizata të shoqërisë civile dhe qindra qytetarë të shërndarë në të gjithë vendin.

Gjatë vëzhgimit të proceseve elektorale KZLNDQ, udhëhiqet nga standardet ndërkombëtare në lidhje me vëzhgimin e zgjedhjeve duke theksuar veçanërisht çështje të fuqizimit të votuesve gra e personave me aftësi të kufizuar. Duke përdorur të njëjtën infrastrukturë e metodologji, Koalicioni përfshin qytetarët në monitorimin e institucioneve dhe shërbimeve kryesore publike, siç është shërbimi shëndetësor parësor në këtë rast.

Duke përfshirë qytetarët dhe duke analizuar të dhëna sipas një kampioni kombëtar të zgjedhur sipas parimeve statistikore në mënyrë të rastësishme KZLNDQ kërkon të rrisë besimin në proceset demokratike e të fuqizojë qytetarët për të marrë pjesë në proceset demokratike duke rekomanduar e advokuar për përmirësime.

Shkurtime

ASHR	Autoritetit Shëndetësor Rajonal
DRSH	Drejtoritë Rajonale të Shëndetësisë
DSHP	Drejtoritë e Shëndetit Publik
FSDKSH	Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor
KSHP	Kujdes shëndetësor parësor
KZLNDQ	Koalicioni për Zgjedhje të Lira e të Ndershme dhe për Demokraci të Qendrueshme
MDGs	Objektivat e Sfidave të Mijëvjeçarit
MF	Mjekësia e familjes
NDI	Instituti Demokratik Amerikan
OBEZH	Organizata për Bashkëpunim Ekonomik e Zhvillim
OBSH	Organizata Botërore e Shëndetit
PBB	Prodhimi i Brendshëm Bruto
QSHKP	Qendër shëndetësore e kujdesit parësor
UNICEF	Fondi i Emergjencës i Kombeve të Bashkuara për Fëmijet
USAID	Agjencia e Shteteve të Bashkuara për Zhvillim Ndërkombëtar
VBS	Vëzhgimi me Baza Statistikore
VKM	Vendim i Këshillit të Ministrave

Abstrakt

Qëllimi kryesor i këtij studimi ishte investigimi i qendrave të kujdesit shëndetësor parësor në Shqipëri, përmes përzgjedhjes statistikore të një numri prej tyre me një tolerancë gabimi prej 3.6 % për qendrat shëndetësore kryesore dhe 4.3 % për ambulancat. Studimi kishte qëllim të angazhonte qytetarët shqiptarë në kryerjen e këtij investigimi si pala më e interesuar që shërbimi parësor shëndetësor të jetë në nivel të lartë. Studimi u bazua në një pyetësor, për plotësimin e të cilit u përgatitën përmes trajnimeve rreth 570 vëzhgues. Kampioni përfaqësues u përzgjedh nga të dhënat e marra nga Ministria e Shëndetësisë dhe Drejtoritë e Shëndetit Publik në të dymbëdhjetë qarqet. I gjithë informacioni u plotësua brenda një dite e u mblodh e përpunua në sistemin software të krijuar posaçërisht për këtë vëzhgim brenda tre ditëve falë angazhimit të tridhjetë operatorëve të instaluar në Tiranë. Ky studim përmban të dhëna të rëndësishme në lidhje me funksionimin e qendrave të kujdesit parësor shëndetësor, analizë në lidhje me pikat e dobëta e të fora të sistemit parësor shëndetësor në Shqipëri dhe rekomandime për Ministrinë e Shëndetësisë, vetë qendrat shëndetësore, Fondin e Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor (FSDKSH) si dhe organizatat e shoqërisë civile Shqiptare.

Gjetjet kryesore

- Përafërsisht 85% e qendrave shëndetësore kryesore në të gjithë vendin janë aktive. 10 % e qendrave shëndetësore kryesore në kampion janë të mbyllura ndërkohë që rreth 5% janë të mbyllura përkohësisht.
- Qendrat Shëndetësore përgjithësisht janë duke ndjekur procedurat e duhura të hapjes, me pothuajse 85% të qendrave të mëposhtme që ndjekin rregullat e duhura të hapjes. Qendrat kryesore dhe ambulancat tregojnë rezultate të ngjashme me 81% dhe rreth 86% për to respektivisht.
- Qendrat shëndetësore në Shqipëri nuk janë të pajisura për t'i shërbyer popullatës me aftësi të kufizuara në 95% të qendrave shëndetësore.
- Në përgjithësi, të gjitha shërbimet ofrohen në qendra shëndetësore në nivel mbarëkombëtar në përqindje të lartë, 95% dhe më shumë.
- 67.5% e qendrave shëndetësore kanë një marrëdhënie të rregullt me FSDKSH.
- Investimet janë bërë kryesisht mbi trajnime profesionale me mbi 85% të kampionit të qendrave shëndetësore. Investimet janë më të larta e më të konsiderueshme në qendrën kryesore shëndetësore me 34.1% krahasuar me 19.4% për ambulancat.
- Infrastruktura e qendrave shëndetësore mund të klasifikohet si: 17.0% e përshtatshme, 38.3% si raste disi të përshtatshme, dhe 16% si e papërshtatshme. Të shpërndara sipas qendrave shëndetësore kryesore dhe ambulancave, 46.5% e qendrave shëndetësore kryesore kanë infrastrukturën e përshtatshme, 29.5% kanë infrastrukturë disi të përshtatshme, dhe 4.0% klasifikohen si të papërshtatshme.
- Më shumë se gjysma e qendrave shëndetësore janë të pajisura me paisje mjekësore në mënyrën e duhur, duke përbërë 57% të kampionit. Më shumë se dy të tretat e qendrave shëndetësore ose janë të pajisura në mënyrë të përshtatshme ose në mënyrë disi të përshtatshme.

- Më shumë se gjysma e qendrave janë të furnizuara në mënyrë "të përshtatshme" me medikamente, 54.0% e tyre. Në përgjithësi furnizimet për mjekime janë në nivel "të përshtatshëm" ose "disi të përshtatshëm", dhe kjo ilustron nga 75.0% e të dhënave të kampionit.
- Qendrat shëndetësore në mbarë vendin, e kanë dokumentacionin e përshtatshëm, respektivisht 80.0% e qendrave shëndetësore kanë dokumentacionin e "përshtatshëm" dhe 15.5% e qendrave kanë dokumentacion "disi të përshtatshëm". Vlerat më të ulëta për dokumentacionin present janë për Rregjistrin e analizave të urinës dhe gjakut, respektivisht 10.9% dhe 13.0%. Vlerat më të larta janë për Rregjistrin themeltar, me 93.6% dhe Rregjistri i vizitave të të rriturve me 89.1%.
- Në përgjithësi qendrat shëndetësore u mbyllën sipas orarit, me një frekuentim prej 74.9%. Kur i ndajmë sipas qendrave shëndetësore kryesore dhe satelitore/ambulancat, qendrat shëndetësore kryesore kanë një vlerë më të lartë të mbylljes sipas orarit zyrtar krahasuar me qendrat ambulancat, ku qendrat kryesore kanë nivel 88.3% dhe ambulancat 71.6%.

Hyrje

Koalicioni për Zgjedhje të Lira e të Ndershme dhe për Demokraci të Qendrueshme (KZLNDQ) realizoi në një ditë të vetme përmes angazhimit vullnetar të qytetarëve shqiptarë vëzhgimin e qendrave shëndetësore¹ në të gjithë Shqipërinë. Metodologjia e përdorur e njohur ndryshe si Vëzhgimi me Baza Statistike (VBS), është një mjet i fuqishëm që i lejoi organizatës të kryejë një monitorim të besueshëm të qendrave shëndetësore duke krahasuar shërbimet përkatëse në qendra të ndryshme shëndetësore për të gjithë Shqipërinë dhe në bazë të rajoneve të ndryshme. 550 vëzhgues të palëvizshëm u pozicionuan në 550 qendra shëndetësore, sipas kampionit përfaqësues për të gjithë Shqipërinë. Vëzhguesit ishin prezent në qendrat shëndetësore përgjatë gjithë orarit të punës së një qendre shëndetësore dhe mblodhën informacionin e përshtatshëm që shërbeu për vlerësimin e performancës së qendrave shëndetësore. Monitorimi i qendrave shëndetësore u realizua në një ditë të vetme në datën 16 Tetor, 2014. Shpërndarja statistikore bëri që rezultati i marrë nga vëzhgimi i shërbimit që ofrohet në qendrat shëndetësore, që do të paraqitet në kapitullin “Gjetjet” të këtij studimi, përfaqëson të gjitha qendrat shëndetësore dhe degët e tyre në Shqipëri. Monitoruesit u trajnuan nga stafi teknik i projektit dhe ishin plotësisht të përgatitur e të përgjegjshëm për të vëzhguar aspektet kritike të shërbimit në qendrat shëndetësore si dhe për të mblodhur informacionin e duhur. Informacionet u mblodhën përmes një pyetësi të hartuar nga ekspertët socialë, mjekësorë e statistikorë të KZLNDQ-së në mënyrë që përfundimet dhe rekomandimet të cilat do t'i ofrohen Ministrisë së Shëndetësisë për përmirësimin e shërbimeve shëndetësore të ishin të besueshme dhe me marzh të vogël gabimi. Të dhënat statistikore u përpunuan me programin statistikor SPSS 22.0, program i cili lejon agregimin dhe analizën e të dhënave me koeficientë besueshmërie të lartë. KZLNDQ prezantoi për publikun çdo aktivitet të organizuar gjatë periudhës së zbatimit të projektit përmes konferencave për shtyp dhe deklaratave.

Projekti u mbështetet nga Agjencia e Kombeve të Bashkuara për Zhvillim Ndërkombëtar (USAID) përmes organizatës Assist Impact.

1 Qendra shëndetësore në këtë studim do të nënkuptohen qendrat e kujdesit parësor shëndetësor të ndara në qendra kryesore e satelitore ose ambulanca e konsultore.

Kapitulli I

Rishikim Literature

Gjatë shekullit të 20-të, Organizata Botërore e Shëndetit (OBSH, 2008) ka qenë në pararojë të punës dhe udhëzimeve që çdo vend, të shohë kujdesin shëndetësor si një e mirë publike e cila duhet të garantohet nga qeveria. Megjithatë, sipas (OBSH, 2008) nuk është vetëm qeveria ajo që duhet të kujdeset për një sistem të konsoliduar e të përparuar shëndetësor, por përgjegjësi duhet të mbajnë edhe strukturat qeveritare lokale, organizatat profesionale shëndetësore dhe organizatat e shoqërisë civile. Nga ana tjetër, studime të ndryshme shprehen skeptike për mënyrën dhe se si i marrin përgjegjësitë autoritetet shëndetësore Davis (1999). Studimet tregojnë se publiku nuk ka besim te institucionet si garantë të barazisë, ndershmërisë dhe integritetit në sektorin e shëndetësisë Davis (1999). Publiku pret që autoritetet e shëndetit të bëjnë mirë dhe me zell punën e tyre (Gilson, 2003). Njerëzit duan që komunitetet dhe mjediset të jenë të sigurta dhe që shëndeti i tyre parësor të jetë i mbrojtur nga qasja universale shëndetësore dhe mbrojtja sociale (Sen, 1999). Sipas OBSH-së (2008), qeveritë janë përgjegjësit kryesorë për formatimin e sistemeve kombëtare shëndetësore, duke patur parasysh se kjo nuk do të thotë që sistemi shëndetësor kërkon riparime të herëpashërshme në punë e sipër për t'u përmirësuar (OBSH, 2008). Në këtë formatim një rol të rëndësishëm duhet të luajnë politikanët e një vendi, pushteti lokal, grupet kërkimore - shkencore, sektori privat, shoqëria civile si dhe komuniteti global shëndetësor (OBSH, 2008).

Termi “Kujdes Shëndetësor Parësor” (KSHP) u përdor për herë të parë në vitin 1978, pas Konferencës Ndërkombëtare të Kujdesit Parësor Shëndetësor të mbajtur nga OBSH dhe UNICEF në Alma-Ata. Por që nga ajo kohë, KSHP ka marrë kuptime të ndryshme në vende e grupe të ndryshme (Rogers and Veale, 2003).

Sipas OBSH (1978) dhe siç është shkruar në Deklaratën e Alma – Ata, kujdesi shëndetësor parësor është:

... kujdesi thelbësor shëndetësor në bazë të metodave praktike, shkencërisht të shëndosha dhe shoqërisht të pranueshme dhe teknologjive universalisht të arritshme për individët dhe familjet në komunitet, përmes pjesëmarrjes së tyre të plotë dhe me një kosto që komuniteti dhe vendi mund të përballojë për të mbajtur në çdo fazë të zhvillimit të tyre në frymën e vetë-mbështetjes dhe vetëvendosjes. KSHP është një pjesë integrale e sistemit shëndetësor të vendit, si pjesë qendrore e tij si dhe pjesë e zhvillimit ekonomik të komunitetit. KSHP është niveli i parë i kontaktit të individëve, familjes dhe komunitetit me sistemin kombëtar

shëndetësor duke sjellë kujdes shëndetësor sa më pranë të jetë e mundur e aty ku njerëzit jetojnë dhe punojnë, dhe përbën elementin e parë të një procesi të vazhdueshëm të kujdesit shëndetësor”.

Periudha e globalizimit që jetojmë në ditët e sotme jep efektet e veta edhe në sistemin shëndetësor e në lidhje me këtë OBSH (2008) argumenton se sistemi shëndetësor dhe shoqëritë nuk po i përgjigjen dot ritmeve të shpejta me të globalizimit në ditët e sotme. Kjo reflektohet në pamundësinë për të mobilizuar burimet dhe institucionet e duhura që t'i përgjigjen ndryshimeve të shpejta në shërbimin shëndetësor (OBSH, 2008). Shumë studiues botërorë vërejnë se në vendet në zhvillim sistemi shëndetësor është i fragmentuar dhe pacientët përpiqen të kërkojnë zgjidhje për probleme të ndryshme shëndetësore në institucione të ndryshme (Masseria et al., 2009; Hofmarcher, et al., 2007; Lafortune and Balestat, 2007). Nga KSHP kërkohet një nivel i lartë shërbimi, në mënyrë që t'i shërbehet popullatës në rritje në moshë e numër, dhe shumëllojshmërisë së sëmundjeve. Nga i gjithë sistemi shëndetësor kërkohet koordinim shumë i mirë midis shërbimit ambulator, spitaleve e klinikave të ndryshme për të siguruar kujdes shëndetësor afatgjatë e me koston e duhur. Sipas (Masseria et al., 2009) ky koordinim mungon dhe duke qenë se pacientët hyjnë në sistemin shëndetësor fillimisht nga parësori (Hofmarcher et al. 2007), kjo sjell mungesë të kurimit të duhur ose mbivendosje të diagnozave apo kurave që jepen ndaj pacientëve.

Pacientët sjellin probleme nga më të ndryshmet në sistemin shëndetësor parësor, dhe shpesh ky sistem shërben si njëpërmes së cilës pacientët drejtohen në sektorët e ndryshëm të specializuar në sistemin shëndetësor (Boerma, 2006; Masseria et al., 2009). Për këtë arsye shërbimi në kujdesin parësor shëndetësor dhe vetë institucionet ku jepet ky shërbim duhet të jenë të mirë investuar, me të gjitha burimet e nevojshme për të zbuluar në fazë të hershme sëmundje të cilat kanë nevojë për kura të specializuara (OBSH, 2008).

Më tej, studiuesit na thonë që sistemi i duhur shëndetësor mund të kontribuojë thellësisht në gjithë performancën e sistemit shëndetësor në një vend (Starfield, Shi et al. 2005). Masseria et al (2009) na jep karakteristikat kryesore të shërbimit shëndetësor parësor duke thënë që ky sistem duhet të jetë i përqendruar tek njerëzit, lehtësisht i arritshëm dhe gjithëpërfshirës. Një numër i madh studiuesish vërtetojnë shkencërisht se kujdesi i vazhdueshëm shëndetësor është i lidhur gjithashtu me nivelin e ulët të vdekshmërisë (Shi, 2003; Franks, 1998; Villalbi, 1999; PAHO, 2005). Aksesimi i mirë në kujdesin shëndetësor parësor e më pas referimi në gjithë sistemin spitalor (Weinick, 2000; Forrest, 1998) do të thotë më pak të shtruar në spitale, (Weinberger, 1996), më pak e nevojshme ndihma e mjekut specialist (Woodward, 2004), më pak i nevojshëm përdorimi i shërbimit të urgjencës (Gill, 2000) të cilat përkthehen më pak kosto për

një vend. Shërbimi në institucionet e kujdesit shëndetësor parësor, si pika të rregullta hyrëse është mjaft i rëndësishëm dhe ndikon në kënaqësinë e pacientëve (Weiss, 1996; Rosenblatt, 1998; Freeman, 1997; Miller 2000). Për matjen e kënaqësisë së pacientëve janë zhvilluar metodologji të ndryshme në gjithë botën. Ajo më e përdorura quhet Cilësia e Shërbimit (SERVQUAL) dhe mat kënaqësinë e pacientit në pesë fusha kryesore përmes shkallës së matjes Likert.

Qëllimi final i shërbimit shëndetësor parësor është shërbim shëndetësor më i mirë për të gjithë (OBSH, 2014), kështu në lidhje me këtë OBSH (2014) ka identifikuar pesë elemente kyç për të arritur këtë qëllim:

- Të ulë ndjeshëm pabarazitë sociale dhe përjashtimin e grupeve të marxhinalizuara (reformat e mbulimit universal në shëndetësi);
- Organizimi i shërbimeve shëndetësore rreth njerëzve në nevojë dhe sipas pritshmërive (reformat në dhënien e shërbimit);
- Integrimi i shëndetit në të gjithë sektorët (reforma për politika publike);
- Ndjekja e modeleve bashkëpunuese për politika dialoguese (reformat drejtuese); dhe
- Rritja e pjesëmarrjes së palëve të interesuara.

Aktorët kryesorë në shërbimin parësor shëndetësor

Mjekët e përgjithshëm janë aktorët kryesorë (Boerma, 2007) në sistemin parësor shëndetësor. Në këtë sistem përfshihen në nivele të ndryshme të parësorit mjekë pediatër, okulistë, dentistë, gjinekologë dhe mjekë të tjerë specialistë, si dhe infermierët, mamitë, farmacistët, fizioterapistët (Masseria et al., 2009). Përfshirja e këtyre disiplinave në shërbimin parësor shëndetësor varet në vendet të ndryshme dhe shpesh përcakton karakteristikat e sistemit shëndetësor parësor (Masseria et al., 2009).

Siç është theksuar edhe nga Organizata për Bashkëpunim Ekonomik e Zhvillim (OBEZH në Hofmarcher et al. 2007; Masseria et al. 2009), qendrat e kujdesit shëndetësor parësor përbëjnë sistemin e preferuar për të dhënë shërbim parësor në shumë vende. Mjekët e përgjithshëm rekomandojnë pacientët në sistemin ambulator të specializuar në 58% të vendeve Europiane, dhe në shërbimet spitalore për vizita më të thelluara në 46 % të vendeve Europiane (Hofmarcher et al.2007). Shumë rrallë pacientët mund të kontaktojnë një specialist pa iu drejtuar mjekut të përgjithshëm për rekomandim (vetëm në 4 % e rasteve në vendet e OBEZH) (Masseria et al., 2009).

Sipas Masseria et al. (2009) vendet ndahen në dy grupe të mëdha:

1. Në vende si, Republika Çeke, Anglia, Finlanda, Italia, Lituania, Holanda, Rumania, Sllovakia, Sllovenia e Spanja të cilat kërkojnë që pacienti më parë të vizitohet te mjeku i përgjithshëm e pasi të marrë rekomandimin e tij mund të vazhdojë në sistemin shëndetësor në nivel më të lartë e të specializuar.
2. Në vende si Austria, Belgjika, Danimarka, Estonia, Franca, Gjermania, Polonia e Suedia të cilat përdorin stimuj financiarë për të inkurajuar pacientët për t'u regjistruar pranë një mjeku për të marrë rekomandim e më pas për të shkuar te mjeku specialist përkatës.

Sidoqoftë, vende të ndryshme paraqesin prirje të ndryshme historike e kulturore në sistemin parësor shëndetësor. Në Suedi, pacientët tentojnë të shkojnë direkt te specialisti për shkak të një modeli historik të kësaj qasje dhe mungesës të mjekëve të përgjithshëm (Masseria et al., 2009). Ndërsa në Belgjikë sistemi të lejon që pacienti të zgjedhë midis specialistëve të ndryshëm për vizitën e parë shëndetësore (Masseria et al., 2009). Reformat më të fundit në Belgjikë, Francë e Gjermani inkurajojnë pacientët të marrin një rekomandim te specialisti duke zvogëluar tarifat për këtë shërbim (Masseria et al., 2009). Reformat e fundit në Gjermani, kanë për qëllim të inkurajojnë pacientët të përdorin mjekun e përgjithshëm si kontakt të parë, por për momentin vetëm 8% e pacientëve kanë një mjek të tillë në këtë vend (Masseria et al, 2009). Në Republikën Çeke edhe pse pacientët duhet t'i drejtohen një mjeku të përgjithshëm si kontakt i parë, duket që është e mundur edhe takimi me specialistin pa kaluar fare nga mjeku i përgjithshëm (Masseria et al, 2009).

Roli i infermierëve në sistemin shëndetësor parësor

Roli i infermierëve është një aspekt tjetër mjaft i rëndësishëm në shërbimin shëndetësor parësor. Shumë vende si Danimarka, Polonia, Anglia, Holanda e Suedia po përdorin masivisht shërbimin infermieror krahas atij mjekësor (Masseria et al, 2009). Infermierët mund të kujdesen për pacientë me probleme të lehta shëndetësore si psh në Angli e Suedi, mund të përshkruajnë në mënyrë të limituar përdorimin e disa ilaçeve si psh në Angli, Rumani dhe Suedi apo të bëjnë vaksinat për adoleshentët si psh në Angli e Holandë (Masseria et al, 2009).

Infermierët po përfshihen gjithashtu në koordinimin e udhës që duhet të ndjekin pacientët me sëmundje kronike si psh në Belgjikë, Danimarkë, Angli, Finlandë, Poloni, Slloveni dhe Suedi (Masseria et al, 2009). Në disa vende po zhvillohen klinika të drejtuara nga infermierët të cilat po

përdoren si një metodë alternative për pacientët të cilët kanë nevojë për shërbim ambulator pas një faze akute të sëmundjes (Masseria et al, 2009). Suedia është një nga vendet Europiane që ka krijuar klinikat e drejtuara nga infermierë të cilat u shërbejnë pacientëve me sëmundje kronike apo të gjatë siç është diabeti apo sëmundjet e zemrës . Këto klinika po bëhen popullore edhe në vende të tjera (Masseria et al, 2009). Klinikat e drejtuara nga infermierë janë ndërtuar edhe në Danimarkë (p.sh. klinikat pranë bashkive janë të drejtuara vetëm nga infermierë dhe mundësojnë kujdes parandalues e rehabilitim) si dhe në Angli, Estoni, Francë, Suedi dhe në dy rajone të Spanjës në Andaluzi e Katalonia) (Masseria et al, 2009).

Qytetarët në qendër të dialogut të politikave shëndetësore

Në qendër të dialogut në lidhje me politika të mira në shërbimin shëndetësor parësor duhet të jetë pjesëmarrja e palëve të interesuara. E ndërsa vendet modernizohen, qytetarët e tyre atribuojnë më shumë vlera në lidhje me përgjegjshmërinë sociale dhe pjesëmarrjen qytetare. Sipas Blank (1997) rritja e prosperitetit, aftësive intelektuale dhe lidhjeve shoqërore janë të lidhura me rritjen e aspiratave të njerëzve për të dhënë mendimin e tyre në atë që ndodh në komunitetin e tyre. Kjo të udhëheq drejt rëndësisë së padiskutueshme të përfshirjes së njerëzve e pjesëmarrjes së komunitetit në vendimet qeveritare të cilat ndikojnë direkt jetën e tyre e një nga këto fusha është edhe ajo e shëndetësisë e sidomos kujdesi shëndetësor parësor. Reformat në KSHP kërkojnë një dialog të gjerë për të vendosur pritshmëritë e aktorëve të ndryshëm në perspektivën e zhvillimit dhe që zëri i tyre të ketë peshë në zgjidhjet që jepen për të përballuar sfidat dhe në disa raste implikimet e pashmangshme të reformave. Autoritetet shëndetësore dhe Ministritë e Shëndetësisë, të cilat kanë një rol primar në politikëbërje duhet të bashkojnë fuqinë vendimmarrëse të tyre me racionalitetin e komunitetit, angazhimet shkencore, profesionale, si dhe vlerën e burimet e shoqërisë civile (WASI, 2000, Amar, 2003). Ky është një proces i cili kërkon kohë e përpjekje.

Së fundmi modeli ideal i kujdesit parësor shëndetësor sic u përmend në krye të këtij kapitulli është mjaft i qartë në Deklartën e Alma-Atës dhe është kthyer në koncept bazë për Organizatën Botërore të Shëndetit nën moton “Shëndet për të gjithë”.

Kapitulli 2

Kujdesi Parësor Shëndetësor në Shqipëri

Struktura e funksionimit të Qendrave të Kujdesit Parësor Shëndetësor

Sistemi Shëndetësor në Shqipëri është kryesisht publik. Shteti siguron pjesën më të madhe të shërbimeve shëndetësore që i ofrohen popullatës si në fushën e promocionit, parandalimit, diagnostikimit dhe kurimit. Sektori shëndetësor privat në kujdes parësor është akoma në hapat e para dhe mbulon pjesën më të madhe të shërbimit farmaceutik, stomatologjik dhe disa klinika diagnostikuese specialitetesh të cilat janë përqëndruar kryesisht në Tiranë. Në sektorin publik rolin kryesor e luan Ministria e Shëndetësisë e cila është hartuese dhe përgjegjëse për zbatimin e politikave dhe strategjive të sistemit shëndetësor, për rregullimin e funksionimit të tij si dhe për koordinimin e të gjithë aktorëve brenda dhe jashtë sistemit.

Shërbimi shëndetësor diagnostikues dhe kurues është i organizuar në tre nivele: shërbimi parësor, shërbimi spitalor dytësor, dhe spitalor terciar. Shërbime të shëndetit publik dhe promocionit përbëjnë bazën e aktivitetit të Institutit të Shëndetit Publik, i cili është institucioni shtetëror i vetëm nën varësi të Ministrisë së Shëndetësisë që ofron ekspertizën më të kualifikuar në fushat e lartpërmendura. Krahas institucioneve të sipërpërmendura ofrojnë shërbimet e tyre edhe një sërë institucionesh kombëtare si Qendra Kombëtare e Transfuzionit të Gjakut, Qendra Kombëtare e Mirërritjes, Zhvillimit dhe Rehabilitimit të Fëmijës, Klinika Stomatologjike Universitare, etj. Në mbështetje të institucioneve shëndetësore funksionojnë edhe Qendra Kombëtare e Inxhinierisë Biomjekësore, Qendra Kombëtare e Kontrollit të Barnave dhe Qendra Kombëtare e Cilësisë Sigurisë dhe Akreditimit të Institucioneve Shëndetësore.

Me përjashtim të Tiranës ku shërbimi shëndetësor parësor është organizuar dhe funksionon në bazë të Autoritetit Shëndetësor Rajonal (ASHR), në të gjitha qarqet e tjera funksionojnë Drejtoritë e Shëndetit Publik (DSHP) dhe Drejtorite Rajonale të Shëndetësisë (DRSH) në të 12 qendrat e 12 qarqeve në Shqipëri.

Drejtoritë e Shëndetit Publik dhe ato Rajonale të Shëndetësisë koordinojnë të gjitha shërbimet shëndetësore në kujdes parësor të çdo rrethi. Në të gjitha rrethet ka Drejtori të Shërbimit Spitalor ku në 12 qytetet kryesore të qarqeve ato quhen Drejtori Spitalore Rajonale.

Qendrat shëndetësore funksionojnë si njësi autonome, të cilat janë kontraktuar për shërbimet shëndetësore që ofrojnë nëpërmjet skemës së detyrueshme të sigurimeve shëndetësore dhe Paketës Bazë të Shërbimeve të Kujdesit Parësor.

Aksesi ndaj shërbimit shëndetësor parësor

Çdo banor i siguruar, takimin e parë e merr në qendrën shëndetësore pranë së cilës është regjistruar nëpërmjet mjekut të familjes (të cilin e zgjedh vetë).

Shërbimet që përfitohen janë të detajuara në paketën bazë të Kujdesit të Shëndetit Parësor dhe përmbledhin:

1. Kujdesin në rastet e urgjencës;
2. Kujdesin shëndetësor për mirërritjen e fëmijëve;
3. Kujdesin shëndetësor për gratë dhe shëndetin riprodhues;
4. Kujdesin shëndetësor për të rriturit;
5. Kujdesin shëndetësor për të moshuarit;
6. Kujdesin shëndetësor mendor;
7. Promocionin dhe edukimin shëndetësor.

Nëse pacienti duhet referuar për shërbim më të specializuar, ai shoqërohet me rekomandimin apo epikrizën përkatëse pranë shërbimit të specializuar ambulator. Nëse vënia e diagnozës mbyllet në këto dy hallka, i sëmurit kthehet te mjeku i familjes dhe merr mjekimin e përshkruar nga mjeku specialist. Në rast të kundërt ai referohet më tej në shërbimin spitalor, duke e mbyllur nevojën e trajtimit me të specializuar tek niveli terciar pranë poliklinikës së shërbimeve të specializuara në Qendrën Spitalore Universitare Tiranë.

Funksionimi i sistemit të referimit

Çdo banor është i regjistruar pranë mjekut të familjes në njësinë administrative ku ai banon (bashki ose komunë). Nëpërmjet mjekut të familjes, ku paraprakisht paraqet librezën shëndetësore, si dhe çertifikatën e vendbanimit, ai referohet tek mjeku specialist. Nëse nevojitet shërbim më i kualifikuar, ai referohet pranë spitalit të rrethit ose në Qendrën Spitalore Universitare “Nënë Tereza”, Tiranë.

Të njëjtën rrugë ndjek edhe personi i pasiguruar, i cili kryen shërbimet shëndetësore kundrejt tarifave zyrtare të afishuara në ambjentet e institucionit shëndetësor .

Hierarkia e Institucioneve Shëndetësore

Ministria e Shëndetësisë është institucioni përgjegjës për zhvillimin e politikave dhe strategjive shëndetësore në Shqipëri. Fondi i Sigurimit të Detyruar të Kujdesit Shëndetësor është përgjegjës për përcaktimin e fondeve të Qendrave të Kujdesit Parësor Shëndetësor.

Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor

Sigurimi Shëndetësor në Republikën e Shqipërisë është institucionalizuar në bazë të Ligjit nr.10383, dt. 24.2.2011 “Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë” i ndryshuar. Skema e Sigurimeve Shëndetësore ka hyrë në zbatim me datë 1 mars 1995 si një mekanizëm i rëndësishëm në reformimin e sistemit shëndetësor, si në drejtim të mënyrës së financimit dhe rritjes së burimeve për kujdesin shëndetësor, ashtu dhe të përmirësimit të cilësisë së shërbimeve.

Instituti i Shëndetit Publik

Institucioni më i lartë teknik në fushën e shëndetit publik është Instituti i Shëndetit Publik i cili është një institucion kombëtar nën varësinë direkte të Ministrisë së Shëndetësisë. Në detyrat e tij kryesore përmendim studimin dhe monitorimin e faktorëve të riskut, survejancën e semundjeve ngjitëse, referencën laboratorike si edhe menaxhimin e programeve të vaksinimit. Zbatimi i mjaft programeve afatshkurtra me natyrë studimore apo promovuese të shëndetit është gjithashtu pjesë e aktivitetit të tij. Instituti i Shëndetit Publik luan edhe një rol të rëndësishëm lidhur me trajnimin në fushën e shëndetit publik.

Qendra Kombëtare e Kontrollit të Barnave

Qendra është institucioni përgjegjës për kontrollin e çdo veprimtarie në fushën farmaceutike. Ajo ushtron kontroll mbi :

- a) Veprimtaritë e fabrikimin, mjediset dhe pajisjet e tij;
- b) tregtimin me shumicë dhe pakicë si dhe kushtet e ruajtjes së barnave;

- c) lëndët e para medikamentoze dhe lëndët ndihmese ambalazhuese;
- d) barnat e importura nga të gjitha subjektet e licensuara.

Qendra Kombëtare e Transfuzionit të Gjakut

Qendra Kombëtare e Transfuzionit të Gjakut ka si qëllim sigurimin e gjakut dhe produkteve të tij për të plotësuar në mënyrën me optimale kërkesat për transfuzione që nevojiten për, trajtimin e personave të aksidentuar, pacientëve që vuajnë nga anemia e rënde dhe kronike, pacientëve me kancer, pacientëve që do t'u nënshtrohen ndërhyrjeve kirurgjikale, grave që kanë hemoragji të madhe gjatë lindjes. Shërbimi Kombëtar i Transfuzionit është i përbërë nga 29 banka gjaku, 3 banka gjaku në Tiranë dhe 26 në rrethe.

Qendra Kombëtare e Mirërritjes, Zhvillimit dhe Rehabilitimit të Fëmijëve Tiranë

Qendra Kombëtare e Mirërritjes, Zhvillimit dhe Rehabilitimit të Fëmijëve Tiranë është ngritur si qendër kombëtare, diagnostikuese, trajtuese e trajnuese në vitin 2000. Misioni i saj është përmirësimi i cilësisë së jetës së fëmijëve me nevoja të veçanta, si dhe mbështetja e familjeve të tyre, për t'i pasur ato partnerë në rrugën e gjatë të rehabilitimit, kujdesit dhe edukimit të këtyre fëmijëve.

Qendra Kombëtare e Inxhinierisë Biomjekësore

Qëllimi i saj është profilaksia dhe mirëmbajtja e pajisjeve mjekësore me qëllim që pajisjet mjekësore të kombinuara me personelin e institucioneve shëndetësore (mjekë, specialistë, infermierë) t'i shërbejnë sa më mirë pacientëve, duke rritur cilësinë në shërbimin ndaj tyre.

Qendra Kombëtare e Cilësisë Sigurisë dhe Akreditimit të Institucioneve Shëndetësore

Ky institucion mbështet Ministrinë e Shëndetësisë në zbatimin e strategjisë kombëtare shëndetësore afatgjatë në fushat e mëposhtme:

- Përmirësimin e vazhdueshëm të cilësisë së sistemit shëndetësor.
- Formulimin, përhapjen dhe monitorimin paraprak të udhëzuesve

linikë (protokolleve klinike) të praktikës klinike më të mirë, në ndihmë të personelit mjekësor.

- Akreditimin e institucioneve shëndetësore shqiptare publike dhe private.
- Edukimin terapeutik dhe fuqizimin e rolit të pacienteve si aktorë kryesorë qendror të sistemit shëndetësor.
- Minimizimin e rreziqeve dhe gabimeve në institucionet mjekësore: Rritjen e sigurisë për pacientet dhe personelin mjekësor.
- Krijimin, mbledhjen dhe përdorimin e evidences shkencore të praktikave mjekësore të faktuara si më të mirat.

Klinika Stomatologjike Universitare

Funksionon në bazë të rregullores si dhe të udhëzimeve përkatëse të Ministrisë së Shëndetësisë.

Ofron shërbime të specializuara në: Kirurgji maxillofaciale, Terapi, Ortopedi, Pedodonti dhe siguron formimin profesional të mjekëve specializantë.

Njësia e transportit me helikopter

Misioni është mbulimi i urgjencave mjekësore kur paraqitet nevoja për ofrimin e një shërbimi të tillë. Veprimtaria kryesore: Transportimin e specializuar mjekësor me helikopter të pacientëve në raste akute.

Klinika e Shërbimeve Shëndetësore (Qeveritare)

Misioni është ofrimi i shërbimit të urgjencës dhe kujdesit parësor për autoritetet e larta të shtetit.

Shërbimet :Shoqëron delegacionet qeveritare për të mundësuar dhënien e ndihmës së shpejtë shëndetësore në rast nevojë.

Qendra kombëtare e edukimit në vazhdim

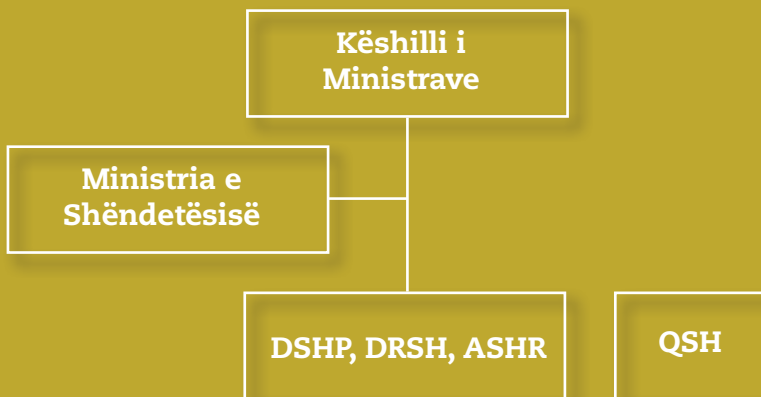
Misioni i saj është nxitja, realizimi dhe përmirësimi i zhvillimit profesional të të gjithë kategorive të personelit profesional mjekësor me synim rritjen

e njohurive dhe zhvillimin e aftësive të këtij personeli.

Veprimtaria kryesore: Hartim i planit kombëtar të veprimeve të formimit të vazhdueshëm të punonjësve të shëndetësisë.

Sektori shëndetësor parësor në Shqipëri funksionon sipas hierarkisë së paraqitur në grafikun e mëposhtëm:

Grafiku 1 Organograma e sistemit shëndetësor në Shqipëri



Në rrethin e Tiranës ka 41 Qendra Shëndetësore nga të cilat 35 qendra shëndetësore, qendra specialitetesh dhe SOB-i (Shërbimi onkologjik në banesë) e Dispanseria (sëmundjet pulmonare). Qendra shëndetësore të specialiteteve emërtohen Specialitetet nr. 1, specialitetet nr. 2, specialitetet nr. 3, specialitetet Paskuqan. Qendrat Shëndetësore në Tiranë kanë dhe pika të tjera ambulatorë me qëllimin për ta shtrirë shërbimin shëndetësor sa më afër popullatës. Pikat konsiderohen pjesë të qendrës shëndetësore dhe nuk shihen të ndara nga ajo. Nga pikëpamja administrative, ato varen nga Autoriteti Shëndetësor Rajonal, ASHR-ja e Tiranës dhe financiarisht nga Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor dhe Drejtoria Rajonale e Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor.

Nga intervistat gjysëm të strukturura me drejtues të qendrave shëndetësore dhe drejtues të institucioneve të ndryshme të Kujdesit Parësor del qartazi se marrëdhëniet mes ASHR dhe DRSKSH, të cilat sipas dëshmimeve të të intervistuarve aktualisht janë marrëdhënie plotësisht të

ngrira dhe dëmtojnë mbarëvajtjen e punës. Për këtë arsye sugjerohet se duhet të rregullohen e të bashkëkoordinohen veprimet mes këtyre institucioneve. Gjithashtu, ekzistenca e bordeve të Qendrave Shëndetësore e bën të vështirë zgjidhjen e shpejtë të problemit. Drejtuesit e qendrave shëndetësore shprehen se për një pajisje mjekësore që mungon ose është prishur duhet t'i bëhet kërkesë bordit dhe të pritet për një kohë të pacaktuar për miratim. Nga ana tjetër, edhe pse qendrat shëndetësore e kanë mundësinë financiare të blejnë pajisje, medikamente apo të riparojnë pajisjet ekzistuese, fonde këto të gjeneruara nga të ardhurat dytësore, kërkesa shtyhet ose edhe nuk miratohet. Bëhet fjalë për burokracira të panevojshme që vetëm ngadalësojnë ritmin e punës dhe bëjnë që pacientit të mos i shërbehet siç duhet. Gjithashtu edhe në rastet kur konsumohen ilaçet përpara fundit të vitit duhet pritur miratimi i buxhetit të ri, ndërkohë që ka nevojë për këto medikamente. De jure, drejtorët e qendrave shëndetësore kanë mjaft kompetenca, por në fakt nuk kanë fare pushtet. Sipas drejtuesve të qendrave shëndetësore, edhe emërimi i stafeve mjekësore ose administrative të qendrave shëndetësore nga bordi drejtues është pa kuptim.

Mënyra e financimit të shërbimit të Kujdesit Shëndetësor Parësor

Në lidhje me financimin qendrat shëndetësore kanë një buxhet vjetor që e marrin nga Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor. Ky buxhet përdoret në tre drejtime: për pagesat e stafit, për pagesën e ujit dhe energjisë elektrike dhe për medikamentet. Nga ana tjetër, çdo qendër shëndetësore gjeneron të ardhura dytësore nga shërbimet shëndetësore të ofruara për pacientët pa librezë shëndetësore ose shërbimet shëndetësore me fatura. Të ardhurat dytësore përdoren për investime të cilat paraprakisht duhet të propozohen në drejtorinë e bordit drejtues dhe të pritet për miratim. Sipas të intervistuarve ky proces zgjat ose shtyhet në kohë shpesh për arsye subjektive. Kjo ndikon drejtpërdrejt në cilësinë e shërbimit ku rezulton në ankesa të pacientëve të cilët ankohen për drejtuesin e qendrës shëndetësore ose stafin e qendrës duke mos qënë në dijeni të rolit primar të bordit në mbarëvajtjen e qendrave shëndetësore.

Skema e sigurimeve shëndetësore

Skema e sigurimeve shëndetësore u krijua në bazë të Ligjit Nr. 7870, Datë 13.10.1994 “Për Sigurimet Shëndetësore në Republikën e Shqipërisë”. Që prej krijimit, mbuloi një listë bazë barnash të rimbursueshme si dhe pagesën e mjekut të familjes në sistemin publik.

Skema evoluoi gradualisht, me zgjerimin e gamës së shërbimeve të

mbuluara, duke kaluar nga financimi i padiferencuar, në pagesa për paketa shërbimesh shëndetësore.

Modeli i skemës së sigurimeve shëndetësore në Republikën e Shqipërisë, është një model mix (Bismark dhe Beveridge), i cili bazohet në kontributet e detyrueshme dhe ato vullnetare, si dhe në financimin nga buxheti i shtetit.

Popullsia ekonomikisht aktive paguan sigurime shëndetësore, ndërsa fondet e buxhetit të shtetit (të cilat vijnë nga taksimi i përgjithshëm), mbulojnë popullatën joaktive dhe kategoritë në nevojë, duke i dhënë kështu skemës qasjen solidare.

Skema e sigurimeve shëndetësore bazohet në modelin e pagesit të vetëm, që është Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor, i cili e menaxhon skemën në përputhje me politikat kombëtare të kujdesit shëndetësor. Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor përdor metodat e pagesës së shërbimeve shëndetësore, për të influencuar në rritjen e aksesit, parandalimin dhe përmirësimin e treguesve shëndetësorë të popullatës.

Mekanizëm i implementimit të skemës së sigurimeve shëndetësore janë kontratat vjetore me dhënësit publikë dhe privatë të shërbimeve shëndetësore për ofrimin e paketave të shërbimeve shëndetësore.

Skema e sigurimeve shëndetësore mbulon:

- Shërbimin parësor (përveç qendrave komunitare të shëndetit mendor, shërbimin dentar publik shërbimin shëndetësor në shkollë);
- Shërbimin spitalor (përveç spitaleve psikiatrike); Listën e barnave të rimbursueshme.
- Sigurimi i detyrueshëm i kujdesit shëndetësor financon paketat e shërbimeve të sigurimit të detyrueshëm, ku përfshihen:
 - a) Vizitat, ekzaminimet dhe trajtimet mjekësore në qendrat e kujdesit shëndetësor parësor publik dhe në spitalet publike;
 - b) paketa shërbimesh shëndetësore të miratuara me spitale private;
 - c) barnat, produktet dhe trajtimet mjekësore nga dhënësit të kontraktuar shërbimesh shëndetësore.

Një tjetër mekanizëm i funksionimit të skemës është bashkëpagesa për shërbimet shëndetësore, por shtresat në nevojë si veteranët, pensionistët, invalidët, etj., janë të përjashtuar nga bashkëpagesat.

Politikat e reja të Qeverisë, të cilat po reflektohen në funksionimin e skemës së sigurimeve shëndetësore, përmes vendimeve si, Kontrolli Mjekësor Bazë pa pagesë për grupmoshën 40- 65 vjeç, synojnë që të gjithë qytetarët rezidentë në Shqipëri, kudo që janë, të kenë akses të plotë tek shërbimet shëndetësore bazë dhe t'i përfitojnë ato pa pagesë, duke shkuar drejt mbulimit universal të popullatës.

Mbi ç'parime bazohet skema e sigurimeve shëndetësore në Shqipëri?

Skema e sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor synon mbulimin shëndetësor të popullatës, përmes këtyre parimeve:

- Sigurimit të detyrueshëm dhe vullnetar;
- Solidaritetit;
- Aksesit të barabartë për të gjithë shtetasit;
- Efikasitetit dhe cilësisë në financimin e shërbimeve shëndetësore;
- Zgjedhjes së lirë të mjekut;
- Partneritetit

Kategoritë përfituese nga skema e sigurimeve

Çdo shtetas që paguan kontribut për sigurim shëndetësor ose për të cilin paguan shteti, është i siguar dhe përfiton nga skema e sigurimeve shëndetësore.

Libreza e shëndetit (së shpejti në përdorim Karta e Shëndetit) – është dokumenti i vetëm që vërteton se personi është i siguar në skemën e sigurimeve shëndetësore.

Qendrat shëndetësore auditohen një herë në vit nga Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor dhe çdo 6 muaj nga Drejtoria Rajonale e Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor.

Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor e merr buxhetin e tij nga kontributet e popullsisë aktive dhe buxheti i shtetit. Aktualisht, kontributet përbëjnë 22% të buxhetit të Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor dhe 78% mbulohet nga buxheti i shtetit. Të gjithë këtë buxhet e menaxhon Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm i Kujdesit Shëndetësor nga ku bën edhe shpërndarjen:

- Buxheti për Qendrat Shëndetësore;
- Buxheti për spitalet;
- Buxheti për rimbursimin e barnave;
- Buxheti për paketa shërbimesh shëndetësore tek privati.

Ndërkohë, Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor mbulon financiarisht qendrat shëndetësore në lidhje me:

- Pagat dhe sigurimet e punonjësve
- Shpenzimet korrente; energjia elektike, uji dhe materialet e barnat e urgjencës

Kutiza 1 - Drejtoria Rajonale Shëndetësore Durrës

Qendra shëndetësore drejtohet nga drejtori i qendrës shëndetësore. Sektori i Kujdesit Shëndetësor Parësor, financohet nga Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor i Sigurimeve të Detyrueshme të Kujdesit Shëndetësor. Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor financon 18 Qendra Shëndetësore në rrethin e Durrësit. Qendrat shëndetësore mbulohen me buxhet nga Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor për paga e shpenzime, sigurime shoqërore e shëndetësore, si dhe për mallra e shërbime. Përlllogaritja nga Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor bëhet mbi shpenzimet e vitit para-ardhës plus 1-3% shtesë, duke patur parasysh se çdo vit ka përmirësime në financim. Investimet për mirëmbajtje dhe blerje pajisjesh mbulohen nga të ardhurat dytësore që ka qendra shëndetësore. Për rrjedhojë 60% e të ardhurave dytësore përdoret për mirëmbajtje dhe blerje pajisjesh, 20% për shpërblime dhe 20% për mallra dhe shërbime. Investimet në infrastrukturë financohen vetëm nga Ministria e Shëndetësisë.

Me qëllim që një Qendër Shëndetësore të funksionojë normalisht duhet që buxheti të plotësojë kërkesat për paga dhe shpenzime, sigurime shoqërore e shëndetësore dhe mallra e shërbime. Përsa i përket buxhetit maksimal përfaqësuesi i Drejtorisë Rajonale Shëndetësore Durrës mendon se diferencën e bën pjesa e buxhetit të percaktuar nga Fondi për mallra dhe shërbime.

Parimet e kujdesit shëndetësor

“Kujdesi shëndetësor” është tërësia e masave dhe veprimtarive të ndërmarra nga institucionet e kujdesit shëndetësor, punonjës shëndetësorë dhe shtetas me qëllim përmirësimin e mirëqenies së përgjithshme fizike, mendore dhe sociale të shtetasve”.

Kujdesi shëndetësor udhëhiqet nga parimet e mëposhtëme:

- a) E drejta për kujdes shëndetësor është një e drejtë themelore e individit;
- b) Garantimi i të drejtave të barabarta në kujdesin shëndetësor, bazuar në mosdiskriminim;
- c) Sistemi i kujdesit shëndetësor funksionon mbështetur në efikasitet dhe cilësinë e shërbimit, duke garantuar sigurinë e pacientit dhe paanësinë;
- d) Pjesëmarrja e aktorëve të ndryshëm, pacientëve, konsumatorëve dhe qytetarëve;
- e) Llogaridhënia ndaj qytetarëve.

Si sigurohet kujdesi shëndetësor parësor?

1. Kujdesi shëndetësor parësor sigurohet nëpërmjet një rrjeti profesionistësh dhe institucioneve shëndetësore, në bazë të parimeve të kujdesit shëndetësor familjar.
2. Kujdesi shëndetësor parësor organizohet në mënyrë të tillë, që çdo person, i cili jeton brenda territorit të Republikës së Shqipërisë, të ketë mundësinë të përdorë ofruesit e kujdesit shëndetësor parësor, të drejtën të zgjedhë një kontakt të kujdesit shëndetësor parësor dhe të regjistrohet pranë kontaktit të zgjedhur të ofruesit të kujdesit shëndetësor parësor.
3. Kujdesi shëndetësor parësor sigurohet pa kufizime, që rrjedhin nga sëmundja, mosha, gjinia, gjendja ekonomike ose kategoritë e pacientëve. Kujdesi shëndetësor parësor plotëson nevojat për trajtim mjekësor bazë, kujdes infermieror, parandalim dhe riaftësim, kur këto nuk kërkojnë trajtim dhe teknika ekzaminimi, që ofrojnë nivelet e tjera të kujdesit shëndetësor.
4. Ministri i Shëndetësisë miraton rregulloret për organizimin dhe funksionimin e institucioneve të kujdesit shëndetësor parësor.

Personeli i Qendrave Shëndetësore, (ku përfshihen edhe ambulancat), përbëhet nga menaxherë, mjekë, infermiere, mami dhe personel mbështetës. Pra shërbimet e kujdesit shëndetësor nuk ofrohen në një godinë të vetme, por nëpërmjet një rrjeti ofruesish të shërbimeve shëndetësore. Mjekësia e familjes (MF) është disiplina profesionale thelbësore rreth së cilës zhvillohet Kujdesi Shëndetësor Parësor. Për të ushtruar funksionin e tij, mjeku i familjes i zbaton këto kompetenca në tre fusha: detyrat klinike; komunikimi me pacientët; menaxhimi i Qendrës Shëndetësore.

Shërbimet që përfitohen janë të detajuara në paketën bazë të Kujdesit Shëndetësor Parësor dhe përmbledhin:

- Kujdesin në rastet e urgjencës

Qendra shëndetësore ofron ndihmën e parë në mënyrë efektive dhe në kohën e duhur për urgjencën mjekësore dhe referimin e pacientëve (përfshirë transportin), si dhe menaxhon situatën në rast katastrofash natyrore (përfshirë plotësimin e dokumentacionit të pacientit dhe të referimit).
- Kujdesi në raste të urgjencave të zakonshme

Ofrimin e ndihmës së parë nga personeli shëndetësor i kualifikuar për vlerësimin dhe trajtimin e problemeve të urgjencës- kontakt me telefon ose me personin direkt):
- Ofrim i kujdesit në Qendra Shëndetësore me shërbim pa ndërprerje(24 orë). Qendrat Shëndetësore që ofrojnë shërbim 24 orë përcaktohen me marrëveshje midis Ministrisë së Shëndetësisë dhe Fondit.
- Ofrim i kujdesit në Qendra Shëndetësore me shërbim me ndërprerje(8 ore)
- Ofrim i kujdesit jashtë Qendra Shëndetësore
- Kujdesin shëndetësor për mirërritjen e fëmijëve
- Kujdesin shëndetësor për gratë dhe shëndetin riprodhues
- Kujdesin shëndetësor për të rriturit
- Kujdesin shëndetësor për të moshuarit
- Kujdesin shëndetësor mendor
- Promocioni dhe edukimi shëndetësor

Nëse pacienti duhet referuar për shërbim më të specializuar ai shoqërohet me rekomandimin apo epikrizën përkatëse pranë shërbimit të specializuar ambulator. Nëse vënia e diagnozës mbyllet në këto dy hallka, i sëmurit kthehet te mjeku i familjes dhe merr mjekimin e përshkruar nga mjeku specialist. Në rast të kundërt ai referohet me tej në shërbimin spitalor, duke e mbyllur nevojën e trajtimit me të specializuar tek niveli terciar pranë poliklinikës së shërbimeve të specializuara.

Roli parandalues i kujdesit shëndetësor parësor

Kryesisht fokusohet në nozologjitë e sëmundshmërisë më të përhapur, që evidentohen nga trendi epidemiologjik i patologjive. Masat parandaluese kanë të bëjnë me parandalimin e kronicizimit të hipertensionit, shfaqjes së sëmundjes së diabetit, sëmundjeve pulmonare kronike, aksidenteve vaskulare celebrale, shëndetit mendor dhe insuficiencës renale kronike.

Për të gjitha këto sëmundje, Ministria e Shëndetësisë përveç masave të përgjithshme me karakter parandalues që janë evidentuar në paketën bazë në dispozicion të mjekut të familjes janë prodhuar edhe një sërë udhërrëfyesish dhe protokollesh klinike që trajtojnë sëmundjet kryesore kronike (hipertensioni, astma bronkiale, diabeti, osteoporozë, obeziteti, sëmundjet e shëndetit mendor).

Masë tjetër parandaluese është edhe evidentimi nga ana e kujdesit shëndetësor parësor i dhunës në familje, për të cilën të gjithë mjekët janë trajnuar.

Kutiza 2

Për gruan shtatzënë konsultoret e gruas ofrojnë këto shërbime:

- Evidentimi i hershëm brenda tremujorit të parë të barrës
- Ekzaminimet e përcaktuara në protokolle për ndjekjen në vazhdimësi të shtatzënisë
- Dhënien e suplementeve vitaminike për gruan shtatzënë
- Parandalimi i pamjaftueshmërisë jodike (protokolli për dhënien e tabletave të jodit për gruan shtatzënë)

Kutiza 3

Për fëmijët, konsultoret e fëmijëve ofrojnë këto shërbime :

- Ndjekjen e zhvillimit psikomotor (kurbat e mirëritjes, gjatësi dhe peshë)
- Promovimi i ushqyerjes me gji
- Imunizimi sipas kalendarit kombëtar të vaksinimit
- Parandalimi i pamjaftueshmërisë jodike (protokolli i dhënies së tabletave të jodit për fëmijët)

Kutiza 4

Kujdesi për gratë dhe shëndeti riprodhues

- Informimi dhe edukimi për shëndetin riprodhues dhe seksual (përfshirë adoleshentet), duke respektuar ndryshimet gjinore
- Informimi dhe edukimi për IST/HIV/AIDS dhe infeksioneve të tjera të sistemit riprodhues (përfshirë adoleshentet)
- Informim dhe edukim mbi menaxhimin e dhunës në familje
- Informim dhe edukim mbi depistimin e kancerit të qafës së mitrës
- Informimi dhe edukimi i grave në menopauze dhe burrave në andropauze
- Informimi dhe edukimi i grave për procedurat e vetëkzaminimit të gjirit
- Informim, edukim dhe këshillim për kujdesin paralindjes
- Informim, edukim dhe këshillim për kujdesin paslindjes
- Informim, edukim dhe këshillim për metodat e planifikimit familjar
- Në çdo qendër shëndetësore ka një kënd të veçantë me materiale të edukimit shëndetësor

Kutiza 5

Shërbimet në komunitet

- Transporti me ambulancë (tipi B) ose plan transportimi në rast urgjence për qendra shëndetësore me shërbim shëndetësor pa ndërprerje;
- Plan transporti në rast urgjence-për qendra shëndetësore me shërbim shëndetësor me ndërprerje
- Edukim shëndetësor në komunitet për menaxhimin e temperaturës, diarresë akute, djegies, higjenës vetiake, ushqimit dhe mjedisit etj;
- Edukimin shëndetësor në komunitet mbi përkujdesjen apo rëndimin e gjendjes shëndetësore tek një i sëmurë kronik apo terminal;
- Edukimin shëndetësor në komunitet mbi dhënien e ndihmës së parë në rastet urgjente dhe transportimin në institucionin shëndetësor me te afert;
- Informim dhe edukim mbi parandalimin e aksidentevetë zakonshme në shtëpi(lojrat, trupat e huaj, zjarri, rryma elektrike, mbytja, barnat, detergjentët);
- Informimi dhe edukim për rregullat e sigurisë për shoferët dhe për këmbësorët.

Kuadri ligjor i funksionimit të Qendrave Shëndetësore

Qendra Shëndetësore (QSH), është institucioni i shërbimit shëndetësor parësor me financim publik, jo fitimprurës me llogari bankare më vete, që përfshin të gjithë rrjetin e dhënësve të shërbimit nën vartësinë e saj dhe që ushtron veprimtarinë në bazë të Ligjit nr. 10107, datë 30.03.2009 “Për kujdesin shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”, Ligji nr.10138 datë 11.05.2009 “ Për shëndetin publik”, Ligjit 7870 date 13.10 1994 “ Për sigurimet shëndetësore ne Republikën e Shqipërisë” të ndryshuar.

Në mbështetje të nenit 100 të Kushtetutës, të pikës 2, të nenit 4, të ligjit nr.10107, datë 30.3.2009, “Për kujdesin shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”, të ndryshuar, dhe të nenit 10, të ligjit nr.10383, datë 24.2.2011, “Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e

Shqipërisë”, të ndryshuar, me propozimin e ministrit të Shëndetësisë, Këshilli i Ministrave

Qendra shëndetësore zbaton legjislacionin shqiptar dhe aktet nënligjore të nxjerra nga Ministri i Shëndetësisë, Autoritetet Shëndetësore Lokale të autorizuar nga Ministri i Shëndetësisë dhe Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor.

Veprimtaria e qendrave shëndetësore

Qendra shëndetësore ofron shërbime të kujdesit shëndetësor parësor sipas paketës bazë të shërbimeve në kujdesin shëndetësor parësor. Qendra shëndetësore ofron edhe shërbime të specializuara ambulatorë jashtë paketës bazë të shërbimeve në kujdesin shëndetësor parësor të kontraktuara nga FSKSH. Qendra shëndetësore ushtron veprimtarinë duke zbatuar sistemin e referimit të miratuar nga Ministri i Shëndetësisë.

Të drejtat e pacientit

- Akses në shërbimin shëndetësor
- Besueshmëria dhe intimiteti në qendra shëndetësore
- Informimi
- Referim për vizitë më të kualifikuar, kur ka nevojë
- Zgjedhje të mjekut të familjes një herë në vit
- Kujdes të vazhdueshëm
- Pjesëmarrje në marrjen e vendimeve lidhur me shëndetin e tij
- Trajtim nga personel mjek dhe infermier i kualifikuar
- Refuzim të trajtimit mjekësor
- Informim mbi skemën e sigurimit të tij shëndetësor
- Ankim për shërbimin shëndetësor që i ofrohet

Kapitulli 3

Projekti “Vëzhgimi i Qendrave Shëndetësore”

Projekti “Vëzhgimi i Qendrave Shëndetësore në Shqipëri”, u krye në kuadër të veprimtarive monitoruese që KZLNDQ do të kryejë për të matur performancën e shërbimeve ndaj qytetarit të institucioneve shqiptare në kuadër të një pjesë të misionit të koalicionit që lidhet me qendrueshmërinë e demokracisë në Shqipëri.

Objektivi kryesor i projektit është përmirësimi i shërbimit shëndetësor që i jepet qytetarit shqiptar përmes qendrave të shërbimit shëndetësor parësor.

Objektivat specifike të projektit paraqiten si më poshtë:

- Realizimi i një analize të thellë gjithëpërfshirëse në lidhje me funksionimin e qendrave shëndetësore parësore në Shqipëri.
- Puna në nivel kombëtar e lokal me vendimmarrës në lidhje me përmirësimin e shërbimit të qendrave të kujdesit shëndetësor parësor.
- Publikimi i gjetjeve dhe rekomandimeve

Studimi u krye nga një skuadër studiuesish në bazë të një pyetësoi të ndërtuar mbi protokollet dhe dokumentat strategjike të Ministrisë së Shëndetësisë. Skuadra e studiuesve identifikoi pyetje specifike në lidhje me performancën e qendrave shëndetësore kryesore e ambulancave, duke u përpjekur të zbulojë nëse qendrat shëndetësore i përgjigjen popullsisë me një shërbim mjekësor eficient dhe efektiv.

Pyetjet kryesore të studimit lidhen me qëllimet e programit si më poshtë:

1. Cilat janë pikat e dobëta e të forta të qendrave shëndetësore?
2. Çfarë e karakterizon një qendër shëndetësore?
3. Cilat janë investimet që duhet të konsiderohen si më të përshtatshme?
4. Në veçanti, në cilat rajone të Shqipërisë duhet investuar më shumë duke patur parasysh nivelin e shërbimit në qendrat shëndetësore?

Ky studim ka si qëllim final t'i paraqesë një raport me gjetje dhe një analizë e cila çon në rekomandime për ndërhyrje për përmirësim nga ana e Ministrisë së Shëndetësose dhe nga Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor (FSDKSH). Rekomandimet do të shërbejnë për hartimin e politikave e vendimeve në shërbimin shëndetësor parësor, duke përfshirë vendime për buxhetimin e këtyre qendrave.

Për realizimin e këtij procesi të monitorimit të sistemit shëndetësor parësor, KLZN u bazua mbi një seri dokumentesh: strategji, akte ligjore dhe nënligjore që rregullojnë mënyrën e funksionimit të kujdesit shëndetësor parësor në Shqipëri. Mbi këto dokumente u bazua puna e specialistëve që përpiluan pyetësoin, si mjeti bazë për kryerjen e monitorimit, si dhe manualin e monitoruesit, që u përdor në trajnimin e vëzhguesve.

Dokumentacioni ligjor bazë që u përdor për të hartuar pyetësoin dhe raportimin listohet si më poshtë:

1. “Paketa Bazë e Shërbimeve në Kujdesin Shëndetësor Parësor”, e miratuar në Janar 2009. “Standartet e Cilësisë për Akreditimin e Institucioneve të Kujdesit Shëndetësor Parësor”, miratuar në Shkurt 2009.
2. VKM nr.857 dt 20/12/2006, “Për financimin e shërbimeve të kujdesit shëndetësor parësor nga skema e detyrueshme e sigurimeve të kujdesit shëndetësor”, i ndryshuar.
3. “Rregullore e Bordit të Qendrës Shëndetësore në nivel Drejtorie të Shëndetit Publik /Agjencia Rajonale e Shëndetit”.
4. “Rregullore e Përgjithshme për Kontraktimin e Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor Parësor”.
5. Statuti i Qendrës Shëndetësore, e ndryshuar.
6. Urdhër nr.559 dt 26/10/2009, “Për aplikimin e tarifave për shërbimet mjekësore për pacientët, sipas Listës së tarifave për shërbimet mjekësore për pacientët në kujdesin shëndetësor parësor të specializuar dhe spitalor”.
7. Urdhër nr. 526 dt 12/10/2009, “Për zbatimin e sistemit të referimit të pacientëve në shërbimin shëndetësor”.
8. Urdhër nr.49 dt 11/02/2011, për miratimin e rregullores “Për organizimin dhe funksionimin e laboratorëve mjekësore”.
9. Strategjia e shëndetit publik dhe e promovimit të shëndetit: “Drejt një vendi të shëndetshëm me njerëz të shëndetshëm”-

Projekti i Reformës Shëndetësore në Shqipëri, USAID- Ministria e Shëndetësisë.

10. “Karta Shqiptare e të Drejtave të Pacientit”
11. “Udhëzuesit e Praktikës Klinike në Kujdesin Shëndetësor Parësor.”
12. “Lista e Pajisjeve në qendrat shëndetësore, (Standarti minimal i infrastrukturës fizike dhe Lista standarte e Pajisjeve Mjekësore)”, sipas VKM nr.857, dt 20/12/2006, (e rishikuar).
13. “Lista e Barnave dhe materialeve të konsumit në qendrat shëndetësore”, sipas VKM nr.857, dt 20/12/2006, (e rishikuar).
14. “Lista e Dokumentacionit Mjekësor në qendrat shëndetësore”, miratuar nga Ministria e Shëndetësisë.
15. Ligjit nr. 10107, datë 30.03.2009 “Për kujdesin shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”.
16. Ligji nr.10138, datë 11.05.2009 “Për shëndetin publik”.
17. Ligjit 7870, datë 13.10.1994, “Për sigurimet shëndetësore në Republikën e Shqipërisë” të ndryshuar.

Njësia bazë e ofrimit të shërbimeve të shëndetit parësor në Shqipëri është Qendra Shëndetësore.

Qendra Shëndetësore është institucioni i shërbimit shëndetësor parësor me financim publik, jo fitimprurës, me llogari bankare më vete, që përfshin të gjithë rrjetin e dhënësve të shërbimit nën vartësinë e saj dhe që ushtron veprimtarinë në bazë të Ligjit nr. 10107, datë 30.03.2009 “Për kujdesin shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”; Ligji nr.10138, datë 11.05.2009 “Për shëndetin publik”; Ligjit 7870, datë 13.10.1994, “Për sigurimet shëndetësore në Republikën e Shqipërisë” të ndryshuar; VKM Nr.857, datë 20.12.2006 “Për kontraktimin e shërbimeve të kujdesit shëndetësor parësor dhe Rregullores së Përgjithshme për kontraktimin e shërbimeve të kujdesit shëndetësor parësor”, e ndryshuar. Qendra Shëndetësore zbaton legjislacionin shqiptar dhe aktet nënligjore të nxjerra nga Ministri i Shëndetësisë, Autoritetet Shëndetësore Lokale të autorizuara nga Ministri i Shëndetësisë dhe *Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor (FSDKSH)*.

Qendra shëndetësore ofron shërbime të kujdesit shëndetësor parësor sipas Paketës Bazë të Shërbimeve në Kujdesin Shëndetësor Parësor. Qendra Shëndetësore mund të ofrojë edhe shërbime të specializuara ambulatorë

jashtë paketës bazë të shërbimeve në kujdesin shëndetësor parësor, të kontraktuara nga Fondi. Ajo ushtron veprimtarinë duke zbatuar sistemin e referimit të miratuar nga Ministri i Shëndetësisë.

Kujdesi shëndetësor parësor i ofrohet popullatës shqiptare nga njësia bazë e tij, që njihet si Qendra Shëndetësore kryesore (QSHk), në nivel qyteti dhe qendër komune, dhe nga ambulanca ose pika shëndetësore, në nivel fshati, duke synuar mbulimin sa më të gjerë dhe aksesin në shërbim shëndetësor të popullatës, si pika e parë e kontaktit me sistemin kombëtar të kujdesit shëndetësor.

Në kuadër të këtij studimi, për të analizuar funksionimin e sistemit shëndetësor parësor në të gjithë hallkat e tij, ne morëm të dhëna nga Ministria e Shëndetësisë për numrin total prej 2216 qendrash shëndetësore (ku përfshihen qendrat shëndetësore kryesore dhe ambulancat), të cilat u konfirmuan me anë të kontakteve të drejtpërdrejta me Drejtoritë Rajonale të Shëndetësisë në të gjitha qarqet e vendit, duke u verifikuar statusi aktiv ose joaktiv i tyre, adresat e sakta, largësia nga qyteti apo qendra e komunës, dhe skema e varësisë së tyre.

Egzistojnë 415 qendra kryesore shëndetësore, të cilat kanë kontratë me Fondin e Sigurimeve të Detyrueshme të Kujdesit Shëndetësor. Nën juridiksionin e këtyre qendrave kryesore gjendet pjesa tjetër e mbetur prej 1801 qendrash shëndetësore, të njohura si ambulanca apo pika shëndetësore.

Personeli i qendrave shëndetësore, (ku përfshihen edhe ambulancat apo pikat) përbëhet nga menaxherë, mjekë, infermiere, mami dhe personel mbështetës. Pra, shërbimet e kujdesit shëndetësor nuk ofrohen gjithmonë në një godinë të vetme, por nëpërmjet një rrjeti ofruesish të shërbimeve shëndetësore. Një qendër shëndetësore kryesore mbulon të gjitha shërbimet bazë të shëndetit parësor, ku përfshihen:

Kujdesi në rastet e urgjencës, kujdesi shëndetësor për fëmijët, për gratë dhe shëndetin riprodhues, për të rriturit, për të moshuarit, kujdesi shëndetësor mendor, shërbimet minilaboratorike si dhe promovimi dhe edukimi shëndetësor. Në nivel rrethi, sistemi shëndetësor parësor drejtohet nga Drejtoria Rajonale e Shëndetësisë dhe Drejtoria e Shëndetit Publik, ndërsa për qarkun e Tiranës drejton Autoriteti Shëndetësor Rajonal. Në varësi të tyre janë qendrat shëndetësore kryesore në nivel qyteti dhe në qendër komune, si dhe Poliklinikat e Specialiteteve. Në varësi të organizimit në bazë qyteti, një qendër shëndetësore kryesore mund të ketë të përfshira në të njëjtën godinë të gjitha llojet e shërbimeve që ajo ofron, ose mund të organizohet duke i ndarë shërbimet në ambulanca ose pika shëndetësore.

Sipas *Paketës Bazë të Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor Parësor*, çdo komunë duhet të ketë të paktën një qendër shëndetësore, dhe çdo fshat duhet të ketë një ambulancë, ku shërben të paktën një infermiere. Mesatarisht, në shkallë vendi, çdo qendër shëndetësore mbulon një popullatë prej 8.000-10.000 vetësh, shifër kjo që luhetet ndjeshëm në zonat urbane dhe rurale, duke patur një raport mjek/pacient prej 1/2.500 dhe infermier/pacient prej 1/400. Pavarësisht funksionimit fizik jashtë qendrat shëndetësore kryesore apo ambulancat, janë pjesë përbërëse e qendrave shëndetësore, vendosen në të njëjtën ndarje administrative, i shërbejnë të njëjtës popullatë, dhe kanë të njëjtin buxhet dhe administrim.

Në pikëpamjen e sistemit primar shëndetësor dhe të faktorëve makroekonomikë të vendit, është e qartë se vetëm një pjesë e vogël e buxhetit të shtetit shkon për investime në kujdesin shëndetësor. Kujdesi parësor veçanërisht, është nën 4% të gjithë buxhetit për vitin 2013, me vlera për buxhetin e 2014-it jo shumë larg nga ajo e vitit 2014. Tabela 1 më poshtë tregon disa të dhëna themelore makroekonomike dhe shpenzimet buxhetore lidhur me shërbimet shëndetësore në Shqipëri.

Tabela 1: Faktorët Ekonomikë, 2013 (në USD)

GDP ²	\$12.90 miliard
GDP/per capita	\$4,650
Popullata ³	2,898,782
Shpenzimet Buxhetore ⁴	\$2.4 miliard
Kujdesi Shëndetësor	10.99%
Parësor	3.72%
Dytësor	6.23%
Shëndeti Publik	0.95%

Në ktahasim me vendet e Ballkanit, Shqipëria ka qenë gjithonë vendi me përqindjen më të ulët për shpenzimet shëndetësore në lidhje me Prodhimin e Brendshëm Bruto (PBB) në tërësi. Tabela 2 më poshtë paraqet statistikën për shpenzimet shëndetësore të vendeve të rajonit si përqindje

2 Vlerat e PBB nga të dhënat e Bankës Botërore http://data.worldbank.org/country/albania#cp_wdi

3 Nga të dhënat e INSTAT 2013

4 Vlerat e Shpenzimeve Buxhetore nga Ministria Shqiptare e Finances, Informacioni Buxhetor 2013, shkëmbimi monetar që u përdor ishte 107 Leke për 1 USD

e PBB-së në vitin 2012⁵. Është e dukshme në mënyrë të qartë që Shqipëria ka një përqindje më të ulët rreth 6 % të PBB-së në krahasim me fqinjët e saj 7% e lart.

Tabela 2: Shpenzimet totale në shëndetësi si % E PBB, 2012⁶

Shqipëri	5.97
Bosnia dhe Herzegovina	9.89
Kroaci	6.82
Greqi	9.27
Itali	9.17
Maqedoni	7.13
Mal i Zi	7.57
Serbi	10.47

5 Viti 2012 është zgjedhur si viti më i afërt kur ishte e mundur të gjendeshin shifrat për të gjitha vendet e përmendur në tabelën 2.

6 All values from http://apps.who.int/nha/database/World_Map/Index/en?id=RE-PORT_4_WORLD_MAPS&mapType=3&ws=0

Kapitulli 4

Metodologjia

Gjetjet e këtij raporti bazohen në një monitorim një ditor realizuar në datën 16 tetor 2014. Në këtë ditë, KZLNDQ shpërndau 550 monitorues në 550 Qendra Shëndetësore në gjithë Shqipërinë. Monitoruesit u paraqitën në vendin e caktuar gjatë gjithë ditës dhe orarit të punës të qendrave shëndetësore dhe mblodhën informacionin me anë të të cilit KZLNDQ vlerësoi performancën e objektit të vëzhgimit. Në bazë të përlllogaritjeve statistikore, kampioni i qendrave shëndetësore u zgjodh rastësisht dhe përfaqësues në rang kombëtar, e cila i lejoi KZLNDQ-së që gjetjet të nxjerrin në pah performancën e qendrave shëndetësore në vend.

Projekti i cili nisi në Korrik 2014 kaloi në faza të ndryshme të cilat përfshinë analizën e kuadrit rregullator të shëndetit parësor, konsultim me Ministrinë e Shëndetësisë me listën e qendrave shëndetësore funksionale, hartimin e pyetësorit dhe finalizimin e tij, rekrutimin dhe trajnimin e monitoruesve dhe koordinatorëve lokalë, vendosjen e komunikimit dhe raportimin mbi infrastrukturën, krijimin e bazës së të dhënave, mbledhjen dhe përpunimin e të dhënave. Rreth gjashtë qind gra dhe burra u angazhuan si monitorues vullnetarë, ekspertë, operatorë dhe skuadra drejtuese. Kjo përfshinte 550 vëzhgues, 5 drejtues ekipesh, 5 ekspertë, 30 operatorë të qendrës së komunikimit, 10 koordinatorë lokalë dhe 12 përfaqësues të organizatave në secilin prej 12 qarqeve të Shqipërisë .

Hartimi i Pyetësorit dhe Testimi

Pyetësori u përpilua nga ekspertë në gjuhën angleze dhe shqipe. Më pas u përkthye nga shqip në anglisht dhe u kontrollua përsëri.

Testimi u realizua përpara punës në terren në shtator 2014 dhe përpara trajnimit të monitorimit në terren. Kjo u bë për të siguruar që renditja e fjalëve në pyetësor ishte e qartë dhe pa keqkuptime. Në total, 9 qendra shëndetësore në Tiranë, 4 kryesore dhe 5 ambulanca u testuan paraprakisht. Asnjë nga përgjigjet e marra gjatë testimit nuk u përfshi në analizë. Rezultatet nga testimi paraprak u përdorën vetëm për të përmirësuar instrumentin e vëzhgimit. Bazuar në kuadrin ligjor për themelimin dhe funksionimin e qendrave shëndetësore, pikat kryesore të pyetësorit e rrjedhimisht të vëzhgimit ishin si më poshtë :

1. Të dhëna të përgjithshme: Ky seksion përfshinte pyetje rreth informacionit mbi funksionimin e qendrave shëndetësore, klasifikimin e tyre nëse ishte qendër shëndetësore parësore apo satelitore (ambulancë), llojin e shërbimit shëndetësor të ofruar dhe tiparet e shërbimit.
2. Informacioni administrativ: Kjo pikë plotësohet nga drejtori ose punonjësi përgjegjës i qendrës shëndetësore dhe kërkonte informacion financiar, si dhe raportet audituese.
3. Personeli: Kjo tabelë plotësohet me informacion nga drejtori apo punonjësi përgjegjës. Qëllimi i saj ishte të njehsonte stafin profesional dhe administrativ të qendrave shëndetësore.
4. Infrastruktura e qendrave shëndetësore: Pyetjet në këtë pikë përfshijnë tiparet infrastrukturore të qendrave shëndetësore si energjia elektrike, uji, mbledhja e mbeturinave, dhomat e vizitave dhe pajisjet bazë .
5. Pajisjet e qendrave shëndetësore: Kjo pikë e detajuar është organizuar me ‘po’ dhe ‘jo’ për pajisjet në qendrat shëndetësore si termometër, stetoskop, dhe instrumente gjinekologjike.
6. Lista e inventarit të qendrave shëndetësore: E ngjashme me listën e pajisjeve, kjo ndarje kërkon të dijë nga stafi i qendrave shëndetësore për sasinë e ilaçeve të gjendura në qendrat shëndetësore.
7. Lista e dokumentave në një qendër shëndetësore: Këto pyetje janë gjithashtu të organizuara si lista e mësipërme me fokus në dokumentacionin e duhur që qendra shëndetësore duhet të ketë në ambjentet e saj.
8. Procedurat e mbylljes së qendrave shëndetësore: Kjo pjesë jep informacion rreth orarit të hapjes dhe të mbylljes së qendrave shëndetësore, si dhe numrin e pacientëve që iu është ofruar shërbim gjatë ditës së monitorimit.

Metodologjia e kampionimit

Në Shqipëri ka gjithsej 2216 Qendra Shëndetësore, nga të cilat 415 qendra kryesore shëndetësore dhe 1801 janë ambulanca (Pika Shëndetësore). Qendrat shëndetësore janë të grupuar në 12 “qarqe” të cilat janë të përcaktuara si ndarje administrative në Shqipëri.

Gjatë kërkimit KZLNDQ arriti në përfundimin se shërbimet e siguruara

për publikun nga qendrat shëndetësore na japin të dhëna se në qendat shëndetësore kryesore, por edhe në ato satelitore si ambulancat e konsultoret, paketa e shërbime të ofrura nuk ka shumë dallime. Prandaj, grupi i punës arriti në përfundimin, se projekti studimor mbi qendrat shëndetësore duhet të merrte të dhëna statistikore të qarta në disa nivele në mënyrë që të jepte informacione të sakta për:

1. Përfaqësimin mbarëkombëtar të nivelit të performancës së qendrave shëndetësore, pavarësisht nëse shërbimet ofrohen nga qendra shëndetësore kryesore apo ambulancat;
2. Performancën e ambulancave si pjesë përbërëse e qendrave shëndetësore kryesore;
3. Performancën e ambulancave kur ato gjendeshin në zona të thella shumë larg qendrave kryesore shëndetësore;
4. Aftësinë për të krahasuar performancën e ambulancave midis njëra tjetrës në zona të ndryshme të Shqipërisë dhe në varësi të qendrave të ndryshme shëndetësore;
5. Aftësinë për të vlerësuar shfaqjet e shërbimeve të tjera të ofruara nga ambulancat.

Bazuar në Ligjin e numrave të mëdhenj dhe Teoremen Qendrore Kufitare, si bazë për marrjen e kampionit, duke vëzhguar qendrat shëndetësore dhe degët e tyre si kampion rastësor dhe përfaqësues, KZLDQ pati mundësinë që të bënte vlerësimin e informacioneve të mbledhura nga të gjitha qendra shëndetësore në Shqipëri. Në mënyrë që të siguronte përfaqësim kombëtar, shtresëzimi u bazua në 12 qarqe, ndërsa qendrat shëndetësore të çdo qarku u përzgjedhën rastësisht me metodën me dy hapa duke zgjedhur fillimisht në mënyrë të rastësishme një qendër shëndetësore për qark e më pas duke përdorur koeficientin k për të gjetur të tjerat. Koeficienti k është i barabartë me raportin midis numrit të qendrave shëndetësore në gjithë Shqipërinë me numrin e qendrave që do të monitorohen. KZLDQ kishte një numër fiks monitorimi të qendrave shëndetësore 550 në bazë të projektit dhe buxhetit përkatës, kështu duke u bazuar në faktin që qendrat shëndetësore kryesore japin shërbim më të specializuar se ambulancat, kërkua të monitoronim rreth 200 qendra kryesore shëndetësore në kampinonin prej 550 dhe 350 ambulanca. 200 qendra shëndetësore kryesore përbëjnë rreth gjysmën e qendrave shëndetësore në Shqipëri, pasi sipas Ministrisë së Shëndetësisë, në të gjithë Shqipërinë ka gjithsej ka 415 qendra shëndetësore kryesore. Ndërsa 350 ambulanca janë baraz me një të pestën e 1801 ambulancave në gjithë Shqipërinë. 550 njësitë janë zgjedhur në mënyrë të rastësishme

dhe përfaqësuese në nivel të qendrave shëndetësore në mbarë vendin. Në bazë të shifrave të larpërmendura koeficienti k për të cilin folëm më lart është i barabartë me 2.07 për qendrat shëndetësore kryesore dhe 5.15 për ambulancat.

Sistemi i peshimit u përdor për të siguruar përqindjen e nevojshme të informacionit nga qendrat shëndetësore kryesore dhe ambulancat. Pesha për klinikat ishte 0.514 dhe për ambulancat 1.278.

Tabela 3. Llogaritja e Kampionit

Nr.	Qarku	Nr. qendrave shëndetësore	% e qendrave shëndetësore	Nr. i qendrave shëndetësore kryesore	% e qendrave shëndetësore kryesore	Kampioni Qendrave shëndetësore kryesore	K %	Nr. i qendrave shëndetësore kryesore Ambulances	% e Qendrave shëndetësore kryesore e Ambulancave	Kampioni i qendrave shëndetësore kryesore e Ambulancave	SS %
1	Berat	160	7.22%	23	5.56%	11	5.50%	137	7.61%	27	7.71%
2	Dibër	113	5.10%	34	8.21%	16	8.00%	79	4.39%	15	4.29%
3	Durrës	123	5.55%	26	6.28%	13	6.50%	97	5.39%	19	5.43%
4	Elbasan	336	15.17%	53	12.80%	25	12.50%	283	15.71%	55	15.71%
5	Fier	255	11.51%	45	10.87%	22	11.00%	210	11.66%	41	11.71%
6	Gjiro-kastër	204	9.21%	31	7.49%	15	7.50%	173	9.61%	34	9.71%
7	Korçë	223	10.07%	39	9.42%	19	9.50%	184	10.22%	36	10.29%
8	Kukës	160	7.22%	27	6.52%	13	6.50%	133	7.38%	26	7.43%
9	Lezhë	162	7.31%	22	5.31%	11	5.50%	140	7.77%	27	7.71%
10	Shkodër	178	8.04%	37	8.94%	18	9.00%	141	7.83%	27	7.71%
11	Tiranë	101	4.56%	47	11.35%	23	11.50%	54	3.00%	10	2.86%
12	Vlorë	200	9.03%	30	7.25%	14	7.00%	170	9.44%	33	9.43%
		2215		414		200		1801		350	

Përpunimi i të Dhënave

Vlerësimi i koherencës së brendshme dhe analiza e rubrikave të pyetësorit

Pyetësori u mbështet në kriteret e Ministrisë së Shëndetësisë për qendrat shëndetësore. Për shkak të numrit të madh të kriterëve, në analizën që iu bë të dhënave, pyetjet u grupuan që ti referoheshin të njëjtit aspekt dhe u hartua një shkallëzim matës i cilësisë së performancës së qendrave shëndetësore për një aspekt të veçantë. Secili prej këtyre shkallëzimeve është përshkruar më poshtë në seksionin e analizës. Megjithatë, u analizua imtësisht secili aspekt, për të bërë krahasimin mes klinikave, shërbimeve të ambulancës, dhe gjithashtu ndikimin që ka pozita gjeografike në lidhje me problemet e identifikuar në mënyrë që të kuptohet nëse gjetje të caktuara përbëjnë prirje në nivel kombëtar, apo ato kanë të bëjnë me karakteristika specifike të qendrës shëndetësore. Duke filluar me hartimin e pyetjeve është bërë kujdes që të ruhet koherenca e brendshme ndërsa të gjitha pyetjet kishin mundësi që të plotësoheshin nga intervistuesi, duke përfshirë edhe opsionin “nuk e di/nuk dëshiroj të shprehem”. Një qasje e tillë do të siguronte që të mos mungonin të dhënat në bazën e të dhënave (database), e cila do të mundësonte një qasje të barabartë në përpunimin e të dhënave për secilën nga pyetjet. Për më tepër, për t’u siguruar që intervistuesit do të bënë punën e tyre siç duhet, atyre iu kërkua të mbledhin informacionin për kontaktin e të anketuarve. Gjatë realizimit të këtij projekti kërkimor, u telefonuan rastësisht 20% e të anketuarve për t’u siguruar mbi pjesëmarrjen reale në studim.

Për më tepër, në pyetësor kishte pyetje që ishin të lidhura me njëra-tjetrën në mënyrë logjike, dhe përgjigja e njëres prej pyetjeve ndikonte në përgjigjen e pyetjes tjetër, (p.sh. pyetja 1.24: “A ka një recepsionist në Qendrën Shëndetësore?; pyetja 1.21 “Kush ishte i pranishëm në momentin e hapjes së qendrave shëndetësore” ose pyetja 1.25 A ka qendra shëndetësore një numër telefoni dhe pajisje funksionale tek recepsioni?”; 1.26 A është numri i telefonit i dukshëm në hyrje të qendrës? etj). Me këtë qasje, u arrit të sigurohej paraprakisht që nuk do të kishte përgjigje të palogjikshme ndaj pyetjeve të pyetësorit dhe u eliminua probabiliteti që të kishte të dhëna të pavërteta si pjesë e përpunimit të të dhënave të grumbulluara.

Gjatë hartimit të pyetësorit u bë kujdes të mbaheshin parasysh dy elementë kryesorë si i besueshmëria e cila ka të bëjë me faktin që pyetësori të sjellë të dhëna të besueshme dhe vlefshmëria e pyetjeve. Për të vlerësuar vlefshmërinë e përmbajtjes u përdor metoda e “panelit të ekspertëve”, të cilët morën pjesë në hartimin dhe testimin e pyetësorit. Pyetjet u formuluan në mënyrë të tillë që të ishin sa më të kuptueshme nga intervistuesi dhe i anketuari duke zgjedhur përgjigjen nëpërmjet

alternativave të parashikuara në pyetësor të cilat janë të shkallëzuara, me pyetje të mbyllura ose sipas shkallës Likert. Gjatë hartimit të pyetësorit një rëndësi të veçantë iu kushtua jo vetëm strukturimit të pyetjeve, por edhe formulimit të tyre në mënyrën e duhur, që edhe përgjigjet të ishin të vlefshme dhe në dobi të qëllimit kryesor.

Lidhur me testin e besueshmërisë, një mënyrë për t'a vlerësuar atë është matja e qëndrueshmërisë së brendshme nëpërmjet llogaritjes së Koeficientit Cronbach Alfa, e llogaritur nga korrelacionet (ndërlidhjet) ndërmjet rubrikave dhe koeficientit omega. I gjithë pyetësori u bazua kryesisht në pyetje të mbyllura që informacioni i marrë të ishte lehtësisht i përpunueshëm për afatin e shkrutër në dispozicion.

Pyetjet kyçe të pyetësorit të përdorura, si dhe rezultatet direkte apo të kombinuara paraqiten në tabelat e në analizën e detajuar në kapitullin “Gjetjet”.

Trajnimi i Vëzhguesve

Rreth 570 vëzhgues u trajnuan për të vëzhguar aspektet më të rëndësishme të performancës së qendrave shëndetësore dhe ambulancave dhe për të grumbulluar informacion të rëndësishëm mbështetur në pyetësorë. Përpara se të trajnonin vëzhguesit, eksperët e KZLNDQ trajnuan trajnerët dhe koordinatorët lokalë. Nëpërmjet këtyre trajnimeve, u synua përgatitja e një grupi vëzhguesisht të pajisur me njohuritë përkatëse për të kryer vëzhgimin.

Çështjet e trajtuara gjatë trajnimit kishin të bënin me: vëzhgimin vendas, çfarë është dhe si do të funksionojë ai; metodologjinë që do të përdorej në vëzhgimin e qendrave shëndetësore; përgjegjësitë e vëzhgimit dhe afatet kohore; informacionin mbi funksionimin administrativ dhe ligjor të qendrave shëndetësore, veprimtarinë e tyre dhe të drejtat e pacientit. Më tej ata u trajnuan në lidhje me mënyrën si do e kryenin vëzhgimin dhe si do e plotësonin pyetësorin. Gjithashtu, ata u trajnuan si të paraqiteshin në qendrën shëndetësore dhe si të plotësonin formularin e ankesave dhe atë të incidenteve kritike. Trajnimet u bazuan në një manual të hartuar posaçërisht për këtë rast, me titull “Vëzhgimi i Qendrave të Kujdesit Shëndetësor Parësor”, i përgatitur nga skuadra e KZLNDQ-së.

Trajnimi i Operatorëve të qendrës së komunikimit

KZLNDQ punësoi dhe trajnoi 30 operatorë që punuan në qendrën e komunikimit e cila ishte përgatitur për ditën e simulimit dhe të

monitorimit. Aty u organizuan 3 seanca trajnimi. Trajnimi i parë u bë më 13 tetor ku në të njëjtën ditë u bë dhe simulimi. Trajnimi i dytë u bë gjatë ditës së monitorimit në 16 tetor dhe trajnimi i fundit u krye më 17 tetor 2014.

Dita e Simulimit

Dita e simulimit u realizua në datë 13 tetor 2014. Kjo konsistoi në një ditë testimi dhe prove për të parë aspektet e mëposhtme:

- Testimi i sistemit kompjuterik dhe i futjes së të dhënave;
- Verifikimin e vëzhguesve dhe numrat e tyre të kontaktit;
- Verifikimin e grupeve të kontrollit dhe detyrat për ditën e monitorimit;
- Evidentimin e problemeve madhore dhe shqetësimeve të monitoruesve që janë vendosur në të gjithë vendin, për procesin e monitorimit;
- Verifikimi i vëzhguesve nëse kishin marrë kodin e duhur personal dhe informimi i atyre që nuk e kishin marrë;
- Verifikimi i dijeve të vëzhgueseve në aspektet specifike të punës gjatë ditës së monitorimit.

Në përfundim të kësaj faze, sistemi kompjuterik i përpunimit të të dhënave tregoi se:

- 6 qendra shëndetësore të cilat ishin në listën e kampioni nuk ekzistonin, gjë e cila mund të ndodhte pasi edhe pse të mbyllura apo të mbyllura përkohësisht me urdhër të Ministrisë së Shëndetësisë, Drejtoritë e Shëndetit Publik në qarqe nuk i kishin zëvendësuar akoma në listat zyrtare.
- Nuk u mor informacion nga 16 vëzhgues ose 2.9% e numrit të plotë të vëzhguesve.
- Në 8 raste monitoruesit nuk arriheshin në linjë komunikimi pasi në zonat ku duhej të monitoronin nuk kishte sinjal telefonik. Më pas ekipi arriti të kontaktonte me 8 vëzhguesit. Arsyet e mos komunikimit lidheshin me mungesën e mundësisë për t'ju përgjigjur në momentin e duhur thirrjes nga qendra e komunikimit, për mungesë numri kontakti në informacion ose problem të vogla teknike.

- Për sa u përket përgjigjeve të pyetjeve nga vëzhguesit në ditën e simulimit, nuk pati përgjigje për një ose dy pyetje nga rreth 12 pyetjet e përgatitura për këtë ditë nga 66 vëzhgues.
- Këto pyetje lidheshin me kodin e vëzhguesit, emrin e koordinаторit lokal të cilin ata nuk e mbanin mend në momentin e thirrjes telefonike.

Sidoqoftë, në secilin rast, operatorët e qendrës së komunikimit i rikujtuan vëzhguesve të gjitha elementët që duhej të kishin parasysh gjatë ditës së vëzhgimit. Në raste të tjera të veçanta, vëzhguesit që refuzuan të monitorojnë në ditën e monitorimit për arsye të ndryshme objektive, të tilla si arsyet personale ose problemet serioze shëndetësore të të afërmeve të ngushtë, ata u zëvendësuan pas përfundimit të ditës së simulimit.

Dita e simulimit ishte shumë e rëndësishme pasi ndihmoi skuadrën e projektit të zgjidhte me sukses disa nga problemet shqetësuese që dolën në ditën e simulimi. Dita e simulimit, në terma të përgjithshme, u vlerësua si shumë e mirë nga ekspertët statisticienë të KZLNDQ.

Sistemi i Komunikimit dhe Raportimit

Informacioni u transmetua në qendrën e komunikimit në Tiranë nëpërmjet komunikimit celular midis vëzhguesve në terren dhe operatorëve në qendrën e komunikimit. Të dhënat në bazë të pyetësorit nga çdo vëzhgues u fut në një sistem të dhënash (database) të posaçëm të tillë që lejoi ekspertët e KZLNDQ të përpunonin dhe analizonin të dhënat.

Kampioni i Studimit

Qëllimi i këtij studimi ishte të analizonte funksionimin e sistemit qendror të kujdesit shëndetësor parësor dhe të gjitha komponentët e tij. KZLNDQ mori informacion nga Ministria e Shëndetësisë për 2216 qendra shëndetësore publike në Shqipëri. Në bazë të të dhënave, në Shqipëri ekzistojnë 415 qendra kryesore shëndetësore të kontraktuara nga Fondi i Sigurimit Shëndetësor. Nën juridiksionin e këtyre qendrave kryesore shëndetësore, janë rreth 1801 qendra shëndetësore në varësi, të cilat në gjuhën popullore quhen ambulanca e konsultore, të cilat ofrojnë shërbim të kufizuar shëndetësor. Këto numra u konfirmuan përmes kontaktit të drejtpërdrejtë me Drejtoritë Rajonale të Shëndetësisë, në të gjitha rajonet e vendit. Skuadra e KZLNDQ konfirmoi statusin aktiv ose jo-aktiv të të

gjitha qendrave shëndetësore, adresat e sakta, largësinë nga qendra e komunës ose e qytetit, dhe raportoi marrëdhëniet midis dy niveleve të sistemit. Më pas u grumbulluan të dhënat mbi qendrat shëndetësore në 12 rrethe në Shqipëri. Në total, kampioni përfaqëson 25% të qendrave të kujdesit parësor shëndetësor në vend, ose rreth 48% të qendrave shëndetësore kryesore dhe 16 % të ambulancave.

Të listuara më poshtë në Tabelën 4 është numri total i qendrave shëndetësore dhe madhësia e marrë si kampion i këtij studimi.

Tabela 4. Rrethet e përdorura si kampion i studimit

	Qarku	Qarku Total	Qarku i monitoruar
1	Berat	160	38
2	Dibër	113	31
3	Korçë	223	55
4	Shkodër	179	46
5	Gjirokastrë	204	48
6	Durrës	123	32
7	Tiranë	101	33
8	Lezhë	162	37
9	Kukës	160	39
10	Fier	255	63
11	Vlorë	200	48
12	Elbasan	336	80
	Total	2216	550

Më tej këto rrethe mund të grupohen në tre rajone: Rajoni verior, rajoni qendror dhe jugor. Qytetet e rajonit verior përfshijnë Dibrën, Kukësin, Lezhën, Shkodrën; Qytetet e rajonit qendror përfshijnë Durrësin, Elbasanin, Tiranën; dhe qytetet Jugore përfshijnë Beratin, Fierin, Gjirokastrën, Korçën, dhe Vlorën. Nga të 550-të qendrat shëndetësore të përfshira në këtë vlerësim, 200 prej tyre klasifikohen si qendra shëndetësore kryesore dhe 350 prej tyre klasifikohen si qendra shëndetësore në varësi të kryesoreve ose ndryshe ambulance e konsultore. Numri i qendrave shëndetësore sipas rajoneve të sipërpërmendura paraqitet në tabelën 5.

Tabela 5: Përbërja e modelit sipas rajonit

	Qendra Kryesore Shëndetësore	Ambulanca	Total
Rajoni verior <i>Dibër, Kukës, Lezhë, Shkodër</i>	57	96	153
Rajoni qendror <i>Durrës, Elbasan, Tirana</i>	61	84	145
Rajoni Jugor <i>Berat, Fier, Gjirokastër, Korçë, Vlorë</i>	82	170	252
Total	200	350	550

Niveli i besimit tek metodologjia e zbatuar për qendrat shëndetësore në fund të pyetësorit të projektit kërkimor ishte 95%, i cili është një nivel shumë i lartë. Statisticienët pranojnë një nivel prej 95% të besimit në botë si një standart i pranueshëm, prandaj gjetjet e KZLNDQ janë të një niveli të lartë besueshmërie. Mbështetur në teorinë e numrave të mëdhenj dhe teoremës së kufirit qendror, si themelore për përdorimin e mostrave, vëzhgimi i qendrave shëndetësore dhe degëve të tyre sipas një përzgjedhjeje të rastësishme dhe mostra përfaqësuese e KZLNDQ do të përpunojë informacionin e grumbulluar në të gjitha qendrat shëndetësore në Shqipëri. Toleranca e gabimit në lidhje me qendra shëndetësore kryesore është 3.6%, ndërsa për ambulancat është 4.3%. Toleranca e gabimit në nivel kombëtar për gjithë studimin është 3.1%. Ndërsa sipas llogaritjeve në lidhje me pyetje të ndryshme, lëkundet midis +/- 0.1%. Siç është përmendur më parë, këto rezultate mund të përdoren për të gjithë sistemin shëndetësor parësor në Shqipëri.

Kufizimet

Si çdo studim, edhe ky ka kufizime të pashmangshme, të cilat paraqiten më poshtë në mënyrë të detajuar. Megjithatë, ekipi hulumtues, beson se këto kufizime nuk i deformojnë gjetjet e studimit, apo nuk ndikojnë negativisht në rekomandimet që dalin si rezultate përfundimtare të studimit.

- Megjithëse KZLNDQ investoi burime të konsiderueshme në testimin e gadishmërisë për trajnim dhe testim të vëzhguesve për të monitoruar performancat e qendrave shëndetësore, shumë pak

vëzhgues të KZLNDQ janë profesionistë të trajnuar të shërbimit shëndetësor. Kështu, ka gjasa që vëzhguesit e KZLNDQ nuk do të ishin në gjendje të vinin re disa nga mangësitë që lidhen me specifikat e trajtimit mjekësor dhe mjekimet e rekomanduara. Megjithatë, qëllimi i këtij pyetësi është të vlerësojë nëse qendrat shëndetësore respektojnë standartet e Ministrisë së Shëndetësisë për garantimin e shërbimeve të kujdesit shëndetësor siç përshkruhet në protokollet dhe rregulloret zyrtare. Si rezultat, trajnimi i vëzhguesve me përmbajtjen e këtyre dokumenteve bëri të mundur grumbullimin e të dhënave të besueshme.

- Ky studim zgjati vetëm një ditë dhe nuk mund të vlerësonte performancën e përgjithshme të qendrave të kujdesit shëndetësor dhe cilësinë e tyre në aspektin afat-gjatë. Në vend të kësaj, ai ofron një fotografi të cilësisë dhe shërbimeve të qendrave shqiptare të kujdesit shëndetësor në një ditë të përzgjedhur rastësisht.
- Volumi i vizitave të pacientëve në qendrat shëndetësore është i ndryshëm gjatë gjithë ditës dhe numri i vizitave ndryshon nga një qendër shëndetësore në tjetrën. Përzgjedhja e pacientëve për studimin parashikon intervistimin e një gruaje dhe një burri që përdorën shërbimin e qendrës shëndetësore në ditën e vëzhgimit, pa marrë parasysh ndonjë kuotë tjetër demografike. Gjithashtu, numri i intervistave me pacientët, nuk ndryshonte sipas numrit të pacientëve që mbulohen nga një qendër specifike shëndetësore. Rrjedhimisht, informacioni i grumbulluar në këtë fushë nuk do të reflektonte perceptimin e të gjithë pacientëve në Shqipëri. Për shkak të këtij kufizimi, ky studim do të marrë në konsideratë informacionin e grumbulluar në mënyrë të rastësishme e nuk do të përpiqet të përpunojë këtë informacion për gjithë popullsinë shqiptare.
- Mjediset e qendrave shëndetësore në Shqipëri mund të jenë një dhomë, disa kate apo ndërtesa të ndryshme. Në secilën qendër shëndetësore, për shkak të kufizimeve në financim, KZLNDQ dërgoi vetëm një vëzhgues. Rrjedhimisht, duhet pranuar se në qendrat më të mëdha shëndetësore, vëzhgimi i spektrit të plotë të shërbimeve të ofruara ishte i vështirë.

Kapitulli 5

Analizë e Detajuar e Gjetjeve të Studimit

I gjithë informacioni rreth detajave të procedurave bazohet në Paketën Bazë për Shërbimin Parësor Shëndetësor dhe në Standartet e Cilësisë për Akreditimin e Institucioneve të Shëndetit Parësor në Shqipëri, të aprovuar nga Ministria e Shëndetësisë. Drejtoritë Rajonale të Shëndetit Publik janë të ngarkuara për zbatimin e disa procedurave, siç është pajisja me mjetet e nevojshme dhe inventarizimi. Informacioni i mëposhtëm është i bazuar në variablat që i takojnë standardeve të përgjithshme të një qendre shëndetësore.

Çdo analizë dhe e dhënë jepet për gjithë kampionin si dhe e ndarë midis qendrave kryesore shëndetësore dhe ambulancave e konsultoreve. Më tej, informacioni jepet në bazë të rajoneve, rajoni verior, rajoni jugor e qendror dhe sipas qarqeve. Nëse kemi ndryshore të cilat janë krijuar si kombinim i pyetjeve, të dhënave të pyetësorit, staticienët janë përpjekur të eliminojnë vlerat ekstreme (outliers), që të mos ndikojnë në rezultatin e gjetur. Disa ndryshore të krijuara nga seksione të mëdha të pyetësorit si psh inventari i qendrave shëndetësore i cili përbëhet nga 40 artikuj, janë marrë duke iu referuar rezultatit të përgjithshëm të gjetur. Të gjitha llogaritjet e bëra janë një përpjekje për t'iu përgjigjur pyetjeve kërkimore të përshkruara në Seksionin 2 dhe konkluzionet finale mund të gjehen të përmbledhura në Seksionin 8.

5.1 Statusi i Qendrës Shëndetësore

Sipas Ministrisë së Shëndetësisë, statusi i qendrave shëndetësore në Shqipëri është: aktiv, mbyllur përkohësisht, mbyllur. Kështu, gjetjet e mëposhtme të vëzhgimit janë bazuar në këto ndarje.

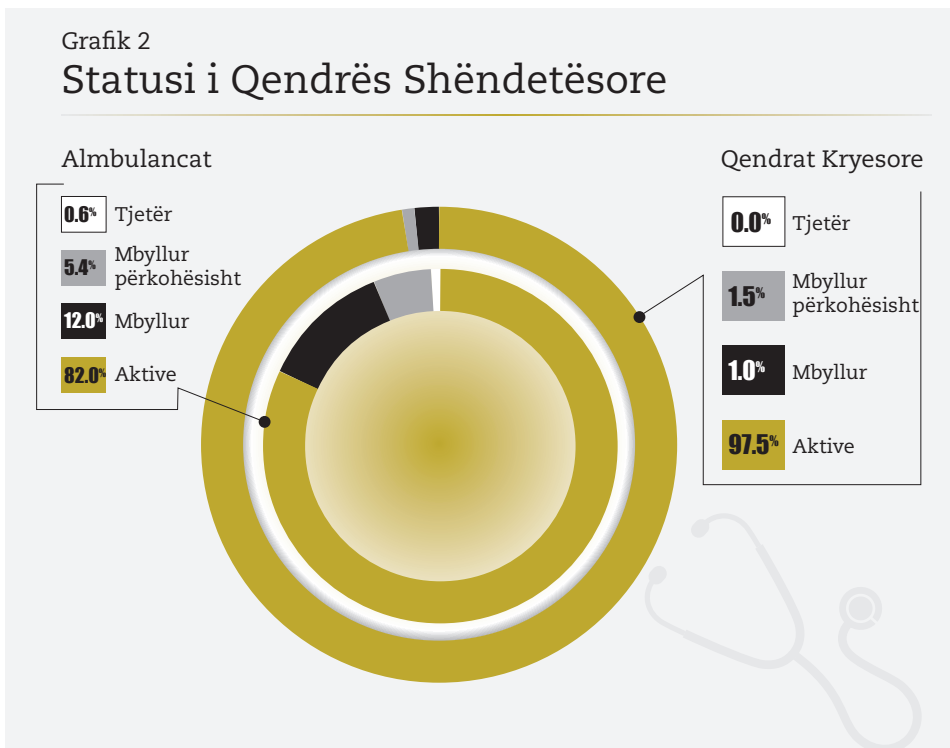
Pyetësi kishte pyetje mbi statusin e qendrës shëndetësore në kampionin përfaqësues. Rezultatet për kampionin e përgjithshëm janë paraqitur në Tabelën 6, dhe ndarja sipas llojit të qendrës paraqitet në grafikun 2.

Tabela 6

Statusi	Përqindjet
Aktive	84.9
Mbyllur	10.0
Përkohësisht e mbyllur	4.7
Tjetër	0.5

Grafik 2

Statusi i Qendrës Shëndetësore



Bazuar në të dhënat e vëzhgimit, përafërsisht 85% e qendrave shëndetësore kryesore në të gjithë vendin janë aktive. 10 % e qendrave shëndetësore kryesore në kampion janë të mbyllura ndërkohë që rreth 5% janë të mbyllura përkohësisht.

Megjithatë, situata është e ndryshme kur krahasohen qendrat shëndetësore kryesore me qendrat shëndetësore satelitore. Ndërsa 98% e qendrave shëndetësore kryesore janë aktive, situata në ambulancat është më shumë problematike pasi rreth 18% e tyre ishin të mbyllura dhe 12% e tyre përkohësisht të mbyllura.

Të dhënat në bazë të rajoneve tregojnë rezultate pak a shumë të përafërta midis qendrave kryesore shëndetësore. Rajoni qendror tregon përqindje të lartë të qendrave shëndetësore aktive, siç shihet qartë në tabelën 7 më poshtë.

Kur sheh rezultatet e detajuara në tabelën 8 vetëm Tirana ka vlera të larta në lidhje me qenien aktive të qendrave shëndetësore. Rajoni verior e Jugor ka në disa raste më shumë se trefishi qendra të kategorizuara “Të mbyllura”. Nëse e ndajmë këtë informacion më tej sipas qarqeve,

Gjirokastrë, Korçë, Kukës, Lezhë dhe Vlorë të gjitha kanë përqindje të lartë të qendrave shëndetësore të mbyllura, rreth 10 % të kampionit në çdo qark. Gjithashtu duhet patur parasysh se Vlora është qarku me qendrat shëndetësore të klasifikuara si “ të mbyllura përkohësisht” rreth 17% të kampionit në këtë qark.

Tabela 7

	Rajoni verior	Rajoni qendror	Rajoni jugor	Total
Aktive	86.2	95.1	86.9	480
Mbyllur	9.9	2.8	8.5	40
Mbyllur përkohësisht	3.9	2.1	3.3	17
Tjetër	0.0	0.0	1.2	3

Tabela 8

	Aktive	Mbyllur	Mbyllur përkohësisht	Tjetër	Total
Rajoni verior					
Dibër	93.6	3.2	3.2	0.0	31
Kukës	81.6	13.2	5.3	0.0	38
Lezhë	81.1	13.5	5.4	0.0	38
Shkodër	89.3	8.7	2.2	0.0	46
Rajoni qendror					
Durrës	93.3	6.7	0.0	0.0	30
Elbasan	93.7	2.5	3.8	0.0	79
Tiranë	100.0	0.0	0.0	0.0	33
Rajoni jugor					
Berat	97.4	2.6	0.0	0.0	38
Fier	96.7	2.5	3.8	0.0	61
Gjirokastrë	78.3	17.4	0.0	4.4	46
Korçë	88.7	9.43	0.0	1.9	53
Vlorë	72.9	10.4	16.7	0.0	48

5.2 Organizimi i Qendrave Shëndetësore

Pyetjet mbi organizimin e qendrës shëndetësore në pyëtësorin e hartuar posaçërisht për këtë monitorim janë bazuar në “Paketën Bazë të Shërbimeve në Kujdesin Shëndetësor Parësor”, e miratuar nga Ministria e Shëndetësisë në Janar 2009 dhe nga “Standartet e Cilësisë për Akreditimin e Institucioneve të Kujdesit Shëndetësor Parësor”, miratuar në Shkurt 2009 dhe të zbatuara nga Qendra Kombëtare për Akreditimin, Sigurinë dhe Cilësinë e Institucioneve Shëndetësore në Shqipëri, qendër nën Ministrinë e Shëndetësisë.

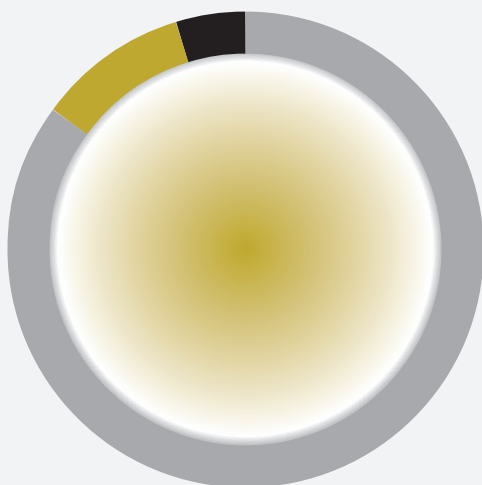
Nga kombinimi i pyetjeve të anketës që kanë të bëjnë me organizimin e qendrës shëndetësore u krijua një variabël e ri, e quajtur Organizimi i Qendrave Shëndetësore. Në këtë kapitull të pyetsorit të gjitha përgjigjet ishin të mbyllura me “po” ose “jo”, ku shumatorja e përgjigjeve “po” përbën variablin e ri. Në këtë variabël të ri vlersimet me 1 dhe 2 konsiderohen si organizim i pakënaqshëm, 3 dhe 4 konsiderohen organizim disi i duhur, ndërsa 5 dhe 6 përbëjnë organizim të shkëlqyer. Pyetjet e përdorura janë renditur më poshtë:

1. A ka një tabelë me emrin e qendrës shëndetësore në hyrje të ndërtesës?
2. A ka një tabelë orari në hyrje të qendrës shëndetësore?
3. A ka receptionist kjo qendër shëndetësore?
4. A ka një numër telefoni dhe aparat në punë kjo qendër shëndetësore?
5. A është I dukshëm numri i telefonit brenda dhe jashtë qendrës shëndetësore?
6. A janë të afishura tarifat e shërbimeve shëndetësore me pagesë në këtë qendër shëndetësore?

Tabelat e bazuara në të gjitha mostrat janë pasqyruar në grafikun 3, ndërsa tabelat e tërthorta sipas llojit të Qendrës Shëndetësore janë paraqitur në grafikun 4.

Grafik 3

Organizimi i Qendrës Shëndetësore



18.4% Organizim i pakënaqshëm i QSH

60.3% Organizim disi i përshtatshëm i QSH

21.2% Organizim i shkëlqyer i QSH



Grafik 4

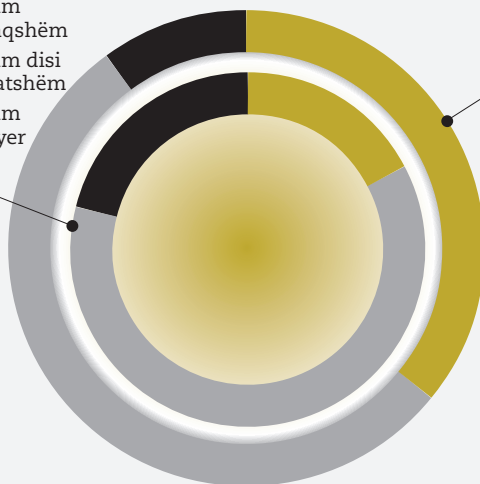
Organizimi i Qendrës Shëndetësore

Albulancat

20.9% Organizim i pakënaqshëm

61.8% Organizim disi i përshtatshëm

17.3% Organizim i shkëlqyer



Qendrat Kryesore

10.0% Organizim i pakënaqshëm i QSH

54.0% Organizim disi i përshtatshëm i QSH

36.0% Organizim i shkëlqyer i QSH



Në përgjithësi, qendrat shëndetësore janë klasifikuar në kategorinë “disi i duhur” në organizimin (set-up) e tyre në 65% të mbarë vendit. Qendrat shëndetësore kanë përqindje të ngjashme për ekstremet e klasifikimit me 16,5% të klasifikuar si “të shkëlqyer” në organizimin e tyre dhe 18% konsiderohen në kategorinë “i pakënaqshëm”.

Duke parë tabelat e tërthorta nga qendrat kryesore dhe ambulancat, situata duket e ngjashme me organizimin “disi të duhur” deri në rreth 63% dhe 66%, përkatësisht. Është parë se qendrat kryesore shëndetësore kanë frekuenca të larta të organizimit të “shkëlqyer” me 29% krahasuar me 13% të ambulancave. Për klasifikimin “organizim i pakënaqshëm”, qendrat shëndetësore satelitore kanë një frekuencë shumë më të lartë prej rreth 21% krahasuar me gati 8% të qendrave shëndetësore kryesore.

Tabela 9

	Përqindja PO
1. Ka ndonjë tabelë me emrin e qendrës shëndetësore në hyrje të Q.Sh?	73.5
2. A është orari i afishuar në hyrje të qendrës shëndetësore?	80.0
3. Ka receptionist në qendrën shëndetësore?	25.2
4. A ka numër telefoni tek receptioni dhe a është funksional?	19.8
5. Është i afishuar ky numër në hyrje të qendrës shëndetësore?	27.1
6. Janë tarifat e shërbimit të dukshme në qendrën shëndetësore?	61.7

Në tabelën 10 më poshtë, të dhënat janë ndarë në mes të rajoneve të marra si mostra, ndërsa Tabela 11 paraqet të njëjtat të dhëna nga rrethi.

Të dhënat rajonale imitojnë të dhënat në mbarë vendin me përqindje pak më të larta të përgjigjes “Organizim të Shkëlqyer të qendrës shëndetësore”, të gjetura në rajonin qendror të vendit dhe në Rajonin jugor. Devijimet nga të dhënat e rajonale janë parë në klasifikimin “Organizim i pakënaqshëm i qendrës shëndetësore “ me më shumë se 50% të qendrave mostra shëndetësore që bien nën këtë kategori për rajonin qendror. Përqindja e dytë më e lartë, pothuajse 30% është gjetur në rajonin verior.

Rrethet me përqindjet më të larta të “Organizim i Shkëlqyer i qendrës

shëndetësore” janë gjetur në Tiranë me 45.5% dhe në Korçë me 40.4 %. Vlerat më të ulëta janë gjetur në rajoni verior me përqindje të gjitha më pak se 14% për Dibër, Kukësin dhe Lezhën. Dy nga këto rrethe, Kukësi dhe Lezha, kanë incidencën më të lartë të “Organizim i pakënaqshëm i të qendrës shëndetësore “ me një normë prej mbi 30%. Menjëherë prapa renditen rrethet e Gjirokastrës dhe Elbasanit me pothuajse 30% dhe rreth 24%, respektivisht. Shumica e qendrave shëndetësore mostra bien në klasifikimin “Organizim disi i duhur i qendrës shëndetësore “

Tabela 10

	Rajoni verior	Rajoni qendër	Rajoni jugor	Total
Organizim i shkëlqyer	16.2	24.8	29.8	119
Organizim disi i duhur	61.5	59.9	56.7	284
Organizim i pakënaqshëm	29.8	56.7	13.5	79

Tabela 11

	Organizim i shkëlqyer	Organizim disi i duhur	Organizim i pakënaqshëm	Total
Rajoni verior				
Dibër	13.8	79.3	6.9	29
Kukës	10.0	60.0	30.0	30
Lezhë	13.3	50.0	36.7	30
Shkodër	24.4	58.4	17.1	41
Rajoni qendror				
Durrës	23.3	76.7	0.0	30
Elbasan	16.2	59.5	24.3	74
Tiranë	45.5	45.5	9.1	33
Rajoni jugor				
Berat	24.3	64.9	10.8	37
Fier	32.2	59.3	8.5	59
Gjirokastrë	29.7	40.5	29.7	37
Korçë	40.4	51.1	8.5	47
Vlorë	17.1	68.6	14.3	35

5.3 Hapja e Qendrës Shëndetësore

Procedurat e hapjes të qendrave shëndetësore të monitoruara janë bazuar në rendin e orarit të shërbimit të afishuar ose të deklaruar nga personeli i Qendrës Shëndetësore. Dokumenti standard i cilësisë kërkon qartë që institucioni të ketë një sistem për përcaktimin e kohës të saktë të vizitës të pacientëve. Në dokumentin e standardeve, pacientët mund të kontaktojnë qendrën shëndetësore me telefon dhe mund të kenë mundësinë për të marrë shërbimin e duhur sipas rregullave edhe jashtë orarit të punës. Personeli shëndetësor bën vizita në shtëpi për pacientët që janë fizikisht të pamundur ose që nuk mund të ecin.⁷

Një variabël i ri i quajtur “Hapja e qendrës shëndetësore” u krijua nga një kombinim i pyetjeve të anketës lidhur me procedurat e hapjes së qendrave shëndetësore. Përgjigjet e këtyre pyetjeve janë klasifikuar si “e saktë” ose “e gabuar” dhe tabelat e përgjigjeve pozitive krijojnë variablin. 1 ose 2 konsiderohet “hapja jo e duhur” dhe 3 ose 4 është “hapja e duhur”.

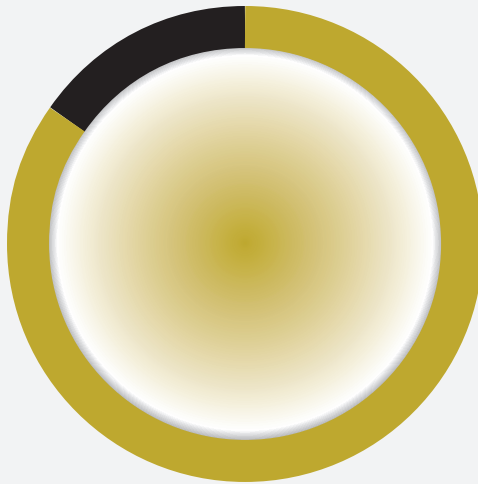
- 1) Kur u hap qendra shëndetësore?
- 2) Kush ishte i pranishëm në kohën e qendrës shëndetësore hapjes? Receptonisti? Një infermiere? Një mjek? Personel tjetër?
- 3) A kishte pacientë që prisnin kur qendra shëndetësore u hap?
- 4) U lanë pacientët në pritje për ndonjë arsye të pajustificuar?

Tabelat e bazuara në të gjithë kampionin janë pasqyruar në grafikun 4 dhe tabelat e e kombinuara sipas llojit të qendrës shëndetësore janë paraqitur në grafikun 6.

7 The Basic Package of Primary Health Care Services, adopted in January 2009; Quality Standards for the Accreditation of Institutions of Primary Health Care, adopted in February 2009.

Grafik 5

Hapja e Qendrës Shëndetësore



15.1% Hapje e papërshtatshme

84.9% Hapje e përshtatshme

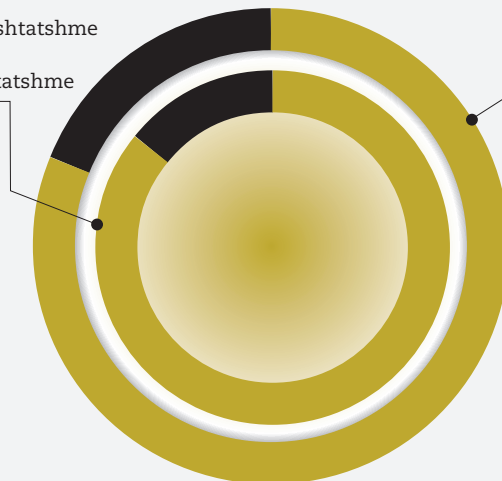


Grafik 6

Hapja e Qendrës Shëndetësore

Albulancat

14.1% Hapje e papërshtatshme
85.9% Hapje e përshtatshme



Qendrat Kryesore

18.7% Hapje e papërshtatshme

81.3% Hapje e përshtatshme



Është e qartë që Qendrat Shëndetësore përgjithësisht janë duke ndjekur procedurat e duhura të hapjes, me pothuajse 85% të qendrave të mëposhtme që ndjekin rregullat e duhura të hapjes. Qendrat kryesore dhe satelitore shëndetësore tregojnë rezultate të ngjashme me 81% dhe rreth 86% për to respektivisht.

Pyetja individuale me përgjigjet më të pasakta ka të bëjë me njerëzit e pranishëm në momentin e hapjes. Kjo do të thotë se në hapjen e qendrës shëndetësore, mjeku zakonisht ishte i pranishëm në rreth 62% të kampionit të qendrave shëndetësore. Pyetjet e mbetura tregojnë incidente të larta të veprimeve të sakta. Të gjitha detajet mund të shihen më poshtë në Tabelën 12.

Tabela 12

	Përqindja e Saktë
Kur u hap qendra shëndetësore? Përgjigjja e saktë: Në orarin e duhur	89.4
Kush ishte i pranishëm në kohën e qendrës shëndetësore hapjes? Receptonisti? Një infermiere? Një mjek? Personel tjetër?	
Receptionisti? Përgjigjja e saktë: Po	85.9
Një infermiere? Përgjigjja e saktë: Po	95.1
Nje mjek? Përgjigjja e saktë: Po	62.4
Personel tjetër? Përgjigjja e saktë: Jo	93.7
A kishte pacientë që prisnin kur qendra shëndetësore u hap? Përgjigjja e saktë: Jo	90.3
U lanë pacientët në pritje për ndonjë arsye të pajustificuar? Përgjigjja e saktë: Jo	98.7

Tabelat e mëposhtme paraqesin të dhënat e kombinuara sipas rajoneve në Tabelën 13, dhe sipas rrethit, në Tabelën 14.

Përqindjet sipas rajoneve tregojnë se incidentet më të ulëta të hapjeve të duhura dhe incidenteve më të larta të hapjeve jo të duhura ndodhin në rajonin qendror të Shqipërisë. Një vështrim nga afër i rretheve tregon se përveç Vlorës në rajonin jugor, incidentet më të ulëta të hapjeve të duhura të ndodhin në të tre rrethet e rajonit qendror në Shqipëri.

Tabela 13

	Rajoni verior	Rajoni qendror	Rajonin jugor	Total
Hapje e duhur	89.2	79.0	84.2	406
Hapje jo e duhur	10.8	21.0	15.8	77

Tabela 14

	Hapje në kohën e duhur	Hapje jo në kohën e duhur	Totali
Rajoni verior			
Dibër	100.0	0.0	29
Kukës	80.0	20.0	30
Lezhë	90.0	10.0	30
Shkodër	87.8	12.2	41
Rajoni qendror			
Durrës	86.7	13.3	30
Elbasan	77.3	22.7	75
Tiranë	75.8	24.2	33
Rajoni jugor			
Berat	91.9	8.1	37
Fier	89.8	10.2	59
Gjirokastër	83.8	16.2	37
Korçë	80.9	19.1	47
Vlorë	71.4	28.6	35

5.4 Përshtatshmëria e Qendrës Shëndetësore për Personat me Aftësi të Kufizuara

Është mëse e qartë që rampat, ashensorët, dhe objekte të tjera lehtësuese për njerëzit me aftësi të kufizuara, duhet të jenë në të gjitha institucionet publike dhe private, por sidomos në një qendër shëndetësore, ku janë të domosdoshme. Edhe në dokumentin “Standartet e Cilësisë për Akreditimin e Institucioneve të Kujdesit Shëndetësor Parësor”, miratuar në Shkurt

2009, është përcatuar qartë domosdoshmëria e përshtatshmërisë së qendrave shëndetësore për personat me aftësi të kufizuara. Siqodoftë kjo paketë lë vend për interpretime të ndryshme.

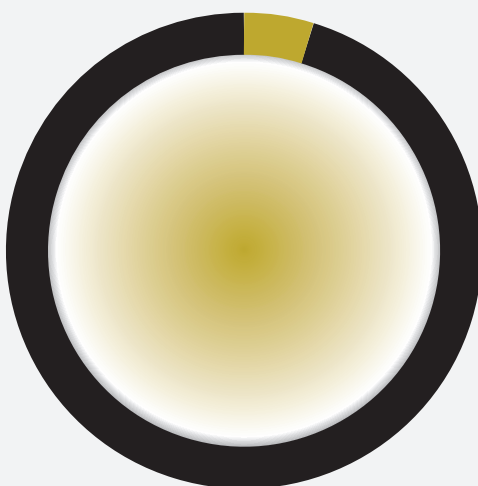
Përshtatshmëria e Qendrës shëndetësore ishte një variabël i ri i krijuar nga një kombinim i pyetjeve lidhur me përshtatshmërinë e qendrës shëndetësore për njerëzit me aftësi të kufizuara. Përgjigjet e këtyre pyetjeve me “Po” ose “Jo” dhe të dhënat me “Po” krijojnë variablin e ri. Vlera 3 është konsideruar një qendër e përshtatshme për njerëzit me aftësi të kufizuara dhe çdo përgjigje tjetër konsiderohet një qendër shëndetësore e papërshtatshme për këtë kategori. Pyetjet e kombinuara për këtë variabël të ri janë si më poshtë:

1. A është qendra shëndetësore e përshtatur për njerëzit me aftësi të kufizuara (rampë ose ashensorë)?
2. A janë përshtatur dhomat për personat me aftësi të kufizuara?
3. A janë përshtatur tualetet për personat me aftësi të kufizuara?

Gjetjet e bazuara në të gjithë kampionin janë të paraqitura në grafikun 7 dhe gjetjet e kombinuara sipas llojit të qendrës shëndetësore paraqiten në grafikun 8.

Grafik 7

Përshtatshmëria e Qendrës Shëndetësore për pacientët me aftësi të kufizuara



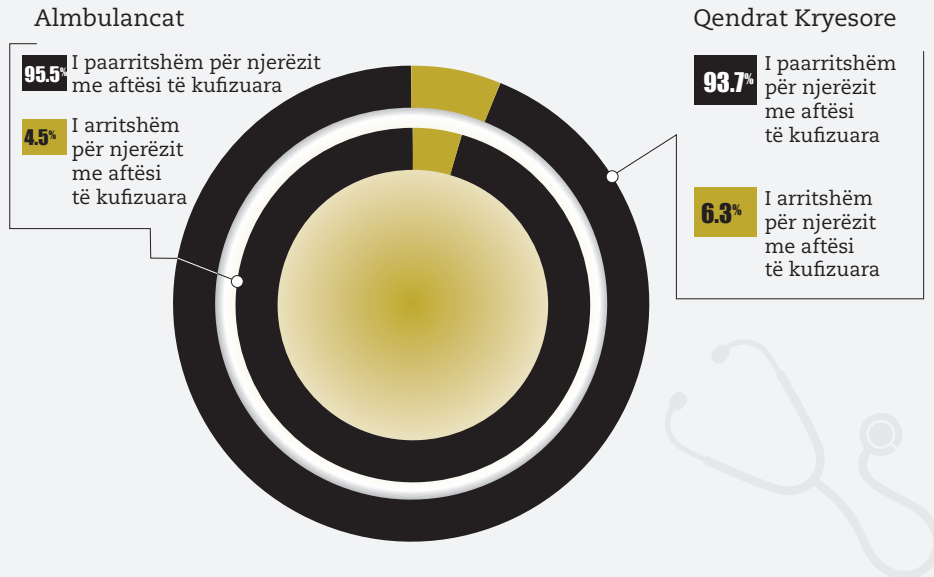
95.1% I paarritshëm për njerëzit me aftësi të kufizuara

4.9% I arritshëm për njerëzit me aftësi të kufizuara



Grafik 8

Pështatshmëria e Qendrës Shëndetësore për pacientët me aftësi të kufizuara



Eshtë mjaft e qartë se qendrat shëndetësore në Shqipëri nuk janë të pajisura për t'i shërbyer popullatës me aftësi të kufizuara në 95% të qendrave shëndetësore. Kjo përqindje nuk është e cilësuar në qendrat kryesore apo ambulancat sepse përqindjet e tyre janë të ngjashme me gjetjet në mbarë vendin.

Tabela 15

	Përqindja Po
A është qendra shëndetësore e përshtatur për personat me aftësi të kufizuara (platformë ose ashensor)?	12.5
A janë dhomat të përshtatura për personat me aftësi të kufizuara?	13.5
A janë tualetet të përshtatura për personat me aftësi të kufizuara?	9.8

Tabela 15 paraqet të dhënat në përqindje për çdo komponent të variablit “Përshtatshmëria e qendrave shëndetësore”. Të gjithë komponentët e kësaj shkalle kanë vlera të ulëta, 15% ose më pak se 15% dhe kjo tregon se, në përgjithësi, qendrat shëndetësore nuk janë të përshtatura për personat me aftësi të kufizuara. Tualetet janë hapësirat më pak të përshtatura për personat me aftësi të kufizuara, vetëm në 9.8% e kampionit të qendrave shëndetësore është marrë përgjigje pozitive.

Tabelat 16 dhe 17 paraqesin të dhëna sipas rajoneve dhe qarqeve. Së pari, vihet re se kampioni i qendrave shëndetësore në rajonin verior të vendit, janë më të përshtatura për personat me aftësi të kufizuara, me 10.2%, ndërkohë që vetëm 5% e kampionit të qendrave shëndetësore në pjesën qendrore dhe jugore janë të përshtatura për personat me aftësi të kufizuara.

Përsa i përket ndarjes sipas qarqeve, përqindja më e lartë e qendrave shëndetësore të përshtatura për personat me aftësi të kufizuara gjendet në pjesën veriore të vendit, ku Dibra ka përqindjen më të lartë me 17.9%, Lezhë 13.8% dhe Shkodër 10.0%. Qarqet në të cilat qendrat shëndetësore ishin plotësisht të papërshtatura janë Kukësi, Durrësi dhe Vlora.

Tabela 16

	Rajoni verior	Rajoni qendror	Rajoni jugor	Totali
E përshtatur për persona me aftësi të kufizuara	10.2	2.2	4.3	25
E papërshtatur për persona me aftësi të kufizuara	89.8	97.8	95.8	451

Tabela 17

	E përshtatur për persona me aftësi të kufizuara	E papërshtatur për persona me aftësi të kufizuara	Totali
Rajoni verior			
Dibër	17.9	82.1	28
Kukës	0.0	100.0	31
Lezhë	13.8	86.2	29
Shkodër	10.0	90.0	40

	E përshtatur për persona me aftësi të kufizuara	E papërshtatur për persona me aftësi të kufizuara	Totali
Rajoni qendror			
Durrës	0.0	100.0	30
Elbasan	2.7	97.3	30
Tiranë	3.0	97.0	33
Rajoni jugor			
Berat	5.4	94.6	37
Fier	6.9	93.1	58
Gjirokastrë	5.6	94.4	36
Korçë	2.1	97.9	47
Vlorë	0.0	100.0	34

5.5 Shërbimet e qendrave shëndetësore

Pyetjet për shërbimet shëndetësore janë bazuar në “Paketën Bazë të Shërbimeve në Kujdesin Shëndetësor Parësor”, të aprovuar nga Ministria e Shëndetësisë në janar 2009.

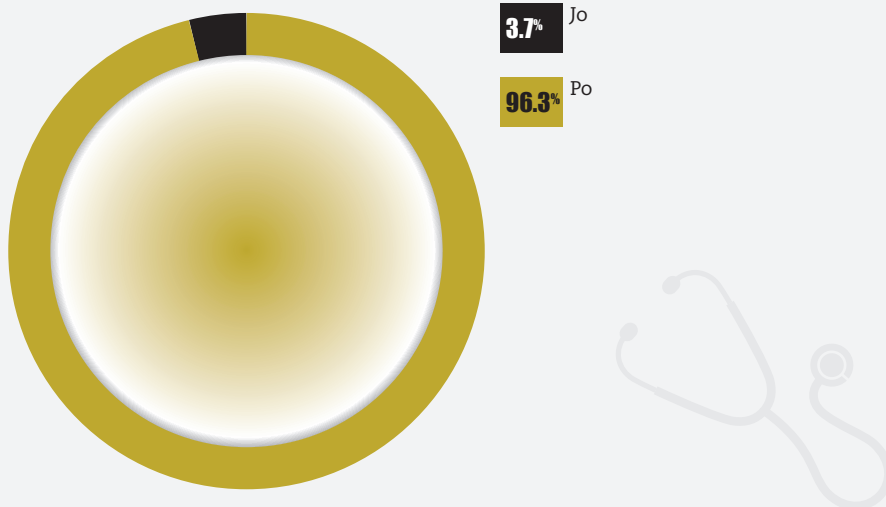
Pyetësi i detajuar e ka ndihmuar ekipin e punës të kuptojë më qartë nëse qendrat e kujdesit shëndetësor e ofrojnë këtë shërbim. Secila prej këtyre pyetjeve ka përgjigjen ”po” ose “jo” me pyetjen bazë e cila thotë: “Ju lutem përshkruani shërbimin e ofruar nga kjo qendër”.

Të dhënat e të gjithë kampionit dhe tabelat e kryqëzuara sipas llojit të qendrës shëndetësore janë paraqitur në grafikun 9. Pyetjet kërkimore janë vendosur përbri çdo tabelle.

Grafik 9

Shërbimet e Qendrës Shëndetësore

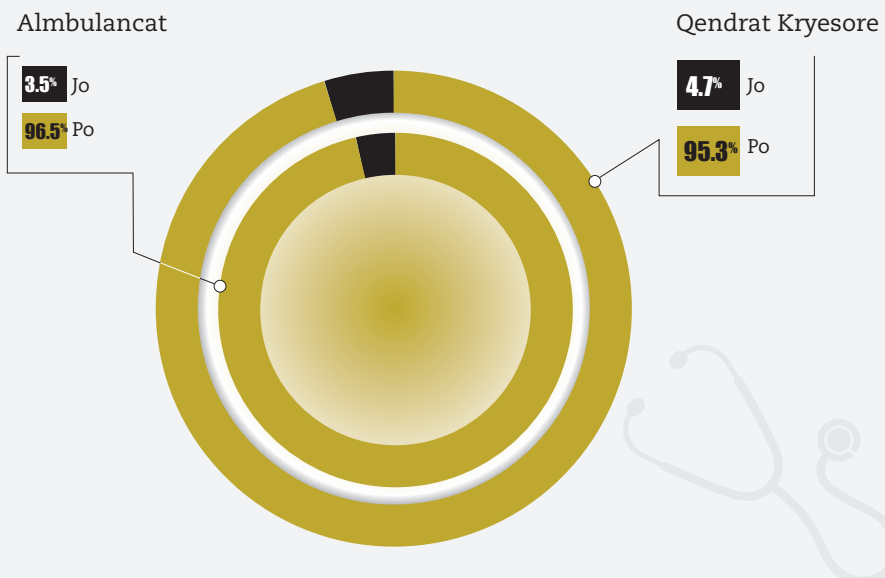
Shërbimet për të rriturit



Grafik 9

Shërbimet e Qendrës Shëndetësore

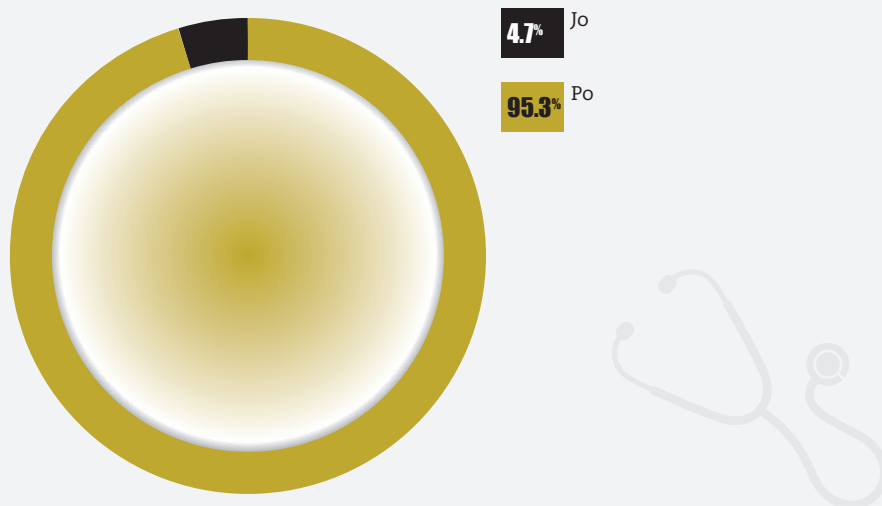
Shërbimet për të rriturit



Grafik 9

Shërbimet e Qendrës Shëndetësore

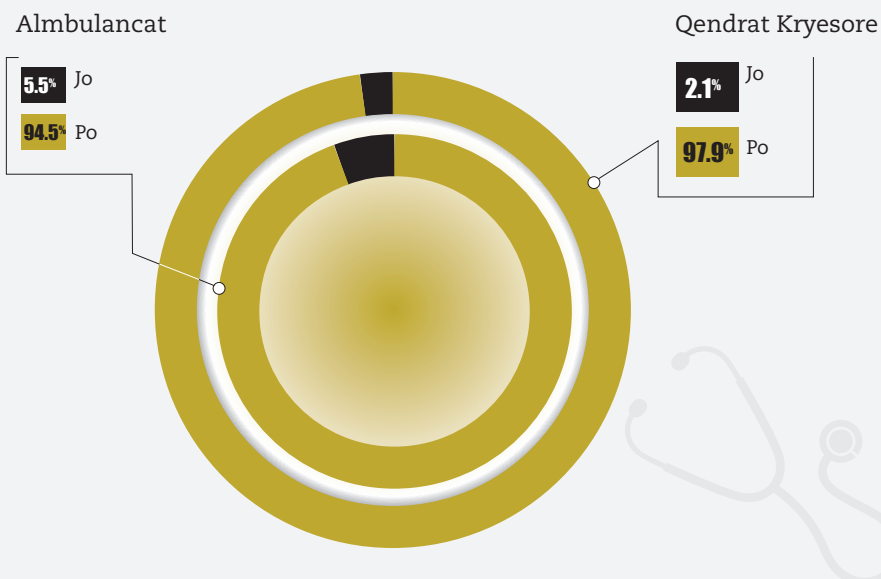
Shërbim përkujdes ndaj fëmijëve



Grafik 9

Shërbimet e Qendrës Shëndetësore

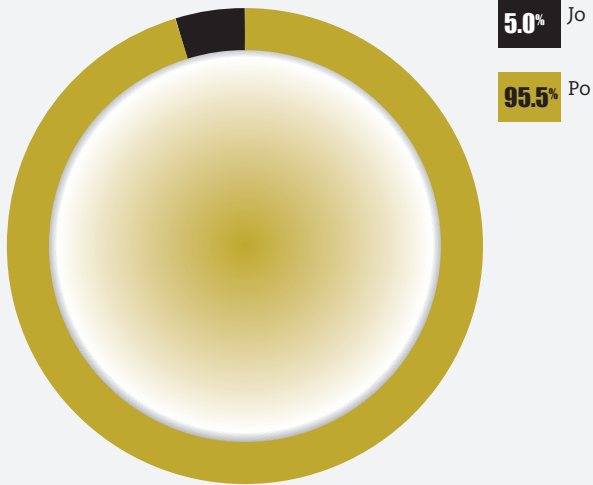
Shërbim përkujdes ndaj fëmijëve



Grafik 9

Shërbimet e Qendrës Shëndetësore

Shërbim për rastet e urgjencës



Grafik 9

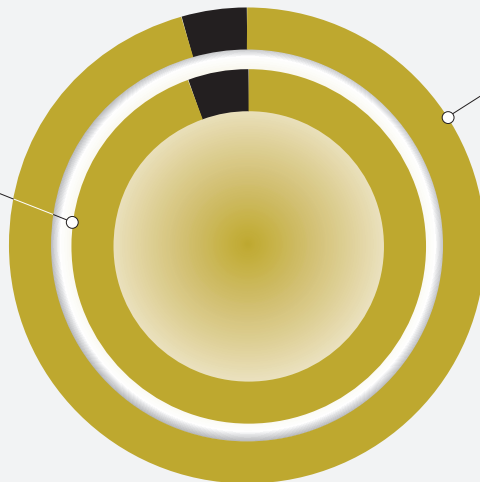
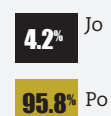
Shërbimet e Qendrës Shëndetësore

Shërbim për rastet e urgjencës

Almbulancat



Qendrat Kryesore



Në përgjithësi, të gjitha shërbimet ofrohen në qendra shëndetësore në nivel mbarëkombëtar në përqindje të lartë, 95% dhe më shumë. Trende të ngjashme janë parë kur janë diferencuar përgjigjet për qendrat shëndetësore dhe ambulancat.

Të dhënat e kryqëzuara në Tabelën 18 më poshtë tregojnë të dhënat rajonale për shërbimet e ofruara. Tabela 18.1 tregojnë të dhënat sipas qarqeve.

Të dhënat rajonale përfaqësojnë të dhënat në mbarë vendin në mënyrë të ngjashme për Veriun, qendrën, dhe jugun. Të dhënat e kryqëzuara në nivel qarku japin më shumë detaje të këtyre rajoneve. Për qendrat shëndetësore që ofrojnë shërbimet shëndetësore për të rritur, në të gjitha rrethet kanë vlera të larta, duke treguar vlerën prej 100% të të gjithë kampionit të qendrave shëndetësore. Vlera më e vogël ishte për Kukësin me pothuajse 88%. Në lidhje me shërbimet shëndetësore për fëmijë, të gjitha vlerat janë mbi 90% me vlerën më të lartë të 100% për qendrat shëndetësore të kampionit në Dibër. Për Shërbimet e Urgjencës, në Dibër, Shkodër dhe Berat, të gjitha qendrat shëndetësore e ofrojnë shërbimin e urgjencës. Rrethet e mbetura kanë gjithashtu vlera të larta, por përqindja më e ulët e raportuar për këtë shërbim, 87.1%, është në qarkun e Tiranës.

Tabela 18

1. Shërbime shëndetësore për të rriturit

	Rajoni verior	Rajoni qendror	Rajoni jugor	Total
Po	93.9	95.6	97.7	461
Jo	6.1	4.4	2.4	19

2. Shërbimet shëndetësore për fëmijët

Po	95.5	94.9	96.8	467
Jo	4.5	5.1	3.2	20

3. Shërbimet e Urgjencës

Po	97.7	92.6	95.4	458
Jo	2.3	7.4	4.7	23

Tabela 18.1

	Shërbimi i kujdesit për të rritur		Shërbimet për kujdesin ndaj fëmijëve		Shërbimet e Urgjencës	
	Po	Totali	Po	Totali	Po	Totali
Rajoni verior						
Dibër	93.1	29	100.0	29	100.0	28
Kukës	87.9	33	96.9	33	93.8	32
Lezhë	96.7	30	93.3	30	96.7	30
Shkodër	97.5	40	92.7	41	100.0	41
Rajoni qendror						
Durrës	96.6	29	93.3	30	96.7	30
Elbasan	94.6	74	94.7	75	93.2	74
Tiranë	96.9	32	96.9	32	87.1	31
Rajoni jugor						
Berat	97.3	37	97.2	36	100.0	36
Fier	98.3	59	98.3	58	96.6	59
Gjirokastër	97.2	36	94.7	38	89.2	37
Korçë	95.7	47	95.8	48	97.9	48
Vlorë	100.0	34	97.1	35	91.4	35

5.6 Marrëdhëniet midis qendrave shëndetësore dhe Fondit i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor (FSDKSH)

Marrëdhënia mes qendrave shëndetësore kryesore dhe FSDKSH-së përcaktohet nga një Rregullore e përgjithshme për kontraktimin e Shërbimit të kujdesit shëndetësor parësor. Kjo rregullore vlen vetëm për qendrat shëndetësore kryesore në Shqipëri . Kjo marrëdhënie u krijua si një variabël i ri i dalë nga kombinimi i pyetjeve kërkimore që kanë të bëjnë me administrimin e qendrës shëndetësore dhe lidhjen e saj me FSDKSH. Përgjigjet e këtyre pyetjeve janë të klasifikuara si “e rregullt”, “e pa rregullt”, dhe gjithë shuma e përgjigjeve “të rregullta” krijon shkallën e të dhënave. Pyetjet e mëposhtme janë përdorur për të krijuar shkallën e të dhënave:

1. A keni një kontratë me FSDKSH?
2. A ushtron kontroll FSDKSH në qendrën tuaj?

3. A raportoni rregullisht pranë FSDKSH-së?
4. A jeni audituar ndonjëherë?

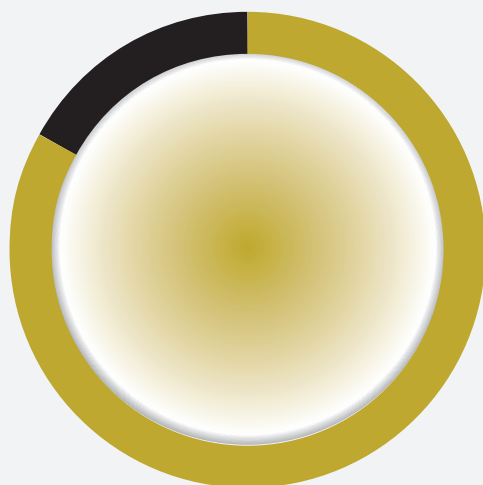
Të dhënat e bazuara në të gjithë kampionin janë të pasqyruara në tabelën 19 dhe të dhënat e kombinuara në grafikun 10.

Tabela 19

	Përqindja
Marrëdhënie të rregullt	67.5
Marrëdhënie të parregullt	32.5

Grafik 10

Marrëdhënia me Institutin e Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor



16.7% Marrëdhënie e papërshtashme

83.3% Marrëdhënie e përshtashme

Bazuar në të dhënat e mblidhura, 67.5% e qendrave shëndetësore kanë një marrëdhënie të rregullt me FSDKSH.

Tabela 20

	Përqindja e përgjigjeve të rregullta
A keni një kontratë meFSDKSH? <i>Përgjigjja e saktë: Po</i>	96.3
A ushtron kontroll FSDKSHnë qendrën tuaj? <i>Përgjigjja e saktë: Po</i>	93.5
A raportoni rregullisht pranë FSDKSH-së? <i>Përgjigjja e saktë: Po</i>	94.1
A jeni audituar ndonjëherë? <i>Përgjigjja e saktë: Po</i>	71.6

Tabela 20 paraqet pyetjet kërkimore që kombinojnë varablat Qendrër shëndetësore dhe FSDKSH. Vlera që rezulton më e ulët është në lidhje me pyetjen nëse qendra shëndetësore auditohet apo jo, 71.6%. Të gjitha vlerat e tjera për pyetjet e mbetura kanë frekuenca të larta përgjigjesh pozitive me mbi 90%.

Për të dhënat e rajonale në Tabelën 21, zona qendrore e Shqipërisë tregon përqindjen më të ulët të një marrëdhënie të rregullt me FSDKSH. Përqindja më e lartë e një marrëdhënie të rregullt është parë në rajonin verior. Brenda rajoneve të treguara në Tabelën 22, qarqet me përqindjen më të lartë të marrëdhënieve të rregullta janë Durrësi me 88.0%, Tirana me 84.4%, dhe Vlora me 84.0%. Vlerat më të ulëta janë gjetur në Gjirokastrë dhe Elbasan me respektivisht 50.0% dhe 55.4%.

Tabela 21

	Rajoni verior	Rajoni qendror	Rajoni jugor	Totali
Marrëdhënie të rregullta	75.4	69.7	70.2	301
Marrëdhënie të parregullta	24.6	30.3	29.8	120

Tabela 22

	Marrëdhënie të rregullta	Marrëdhënie të parregullta	Totali
Rajoni verior			
Dibër	76.9	23.1	26
Kukës	71.4	28.6	28
Lezhë	77.8	22.2	27
Shkodër	75.7	24.3	37
Rajoni qendror			
Durrës	88.0	12.0	25
Elbasan	55.4	44.6	65
Tiranë	84.4	15.6	32
Rajoni jugor			
Berat	67.7	32.3	34
Fier	74.1	25.9	54
Gjirokastrë	50.0	50.0	26
Korçë	71.4	28.6	42
Vlorë	84.0	16.0	25

5.7 Investimet në qendra shëndetësore

Investimet mbi qendrat shëndetësore në Shqipëri janë të mbuluara nga Fondi, Ministria e Shëndetësisë dhe donatorë të ndryshëm. Gjithashtu, qendrat shëndetësore kanë mundësi të aplikojnë për kredi bankare.

Për të matur investimet e bëra në qendra shëndetësore, është krijuar një shkallë e quajtur Investimet në qendrën shëndetësore, e krijuar nga kombinimi i disa pyetjeve. Përgjigjet e pyetjeve të renditura më poshtë janë “po” ose “jo”. Numri total i përgjigjeve “po” krijon shkallën ku 5 ose 4 nënkupton “investime të mëdha”, 3 ose 2 “disa investime” dhe 1 ose 0 “të pakta ose asnjë investim”.

1. A keni marrë ndonjëhere kredi bankare?
2. A keni ngritur fonde me donatorë të huaj ose nga bizneset shqiptare?
3. A keni marrë bonuse në fund të vitit të kaluar (2013)?

4. A ka investuar ndonjëhere më para Ministria e Shëndetësisë në qendrën tuaj?
5. A e keni dërguar ndonjëherë stafin tuaj për trajnime profesionale?

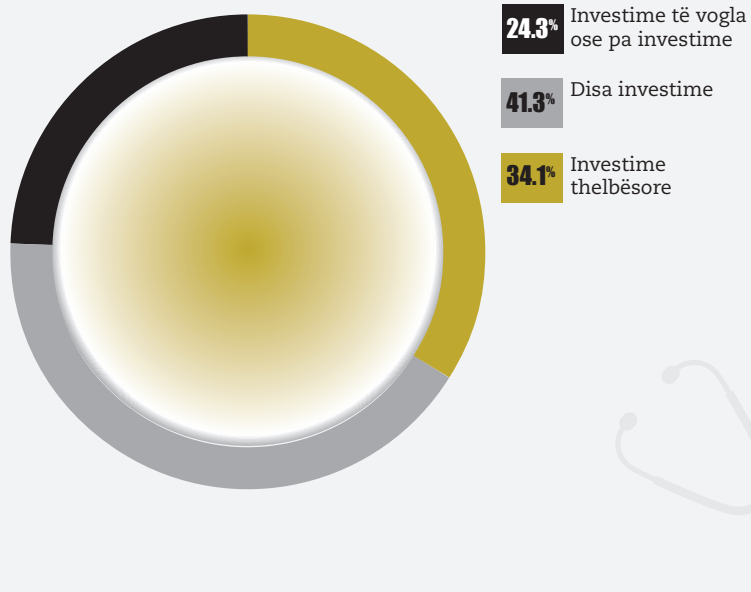
Gjetjet e bazuara në të gjithë kampionin janë të paraqitura në tabelën 23 dhe të dhënat e kombinuara sipas llojit të qendrës shëndetësore në grafikun 11.

Tabela 23

	Percent
Shumë Investime	16.4
Disa investime	29.5
Pak ose aspak investime	26.5
Informacion i munguar	27.6

Grafik 11

Investimet në Qendrat Shëndetësore



Në përgjithësi, investimet nuk janë një aspekt thelbësor i qendrave shëndetësore, ato kanë përqindje të ulëta në mbarë vendin. Ndërsa nëse e shohim këtë midis qendrave kryesore dhe ambulancat, investimet janë më të larta e më të konsiderueshme në qendrën kryesore shëndetësore me 34.1% krahasuar me 19.4% për ambulancat .

Duke kërkuar për komponentët e variablit Investimet në Qendra shëndetësore, në Tabelën 24 më poshtë tregohet se investimet janë bërë kryesisht mbi trajnime profesionale me mbi 85% të kampionit të qendrave shëndetësore. Vlerat më të ulëta për aktivitetet investuese janë parë në marrjen e një kredie bankare dhe në lidhje me partneritetet për ngritjen e fondeve.

Tabela 24

	Përqindja Po
A keni marrë ndonjëhere kredi bankare?	4.3
A keni ngritur fonde me donatorë të huaj ose me bizneset shqiptare ?	5.4
A keni marrë bonuse në fund të vitit të kaluar (2013)?	57.5
A ka investuar ndonjëherë më para Ministria e Shëndetësisë në qendrën tuaj?	29.7
A e keni dërguar ndonjëherë stafin tuaj për trajnime profesionale ?	85.3

Të dhënat rajonale në tabelën 25 tregojnë se niveli i investimeve zakonisht gjendet në kategorinë “Disa investime”. Përqindja më e lartë e kësaj kategorie është në pjesën veriore të vendit me 48.7%. Përsa i përket të dhënave sipas qarqeve, të paraqitura në tabelën 26, duket se investimet më të larta i ka qarku i Tiranës, me 40%, i ndjekur nga Korça dhe Berati në vendin e dytë dhe të tretë. Vlerat e larta në qarkun e Tiranës mund të lidhen me faktin që në këtë qark ndodhet kryeqyteti i vendit dhe mundësitë e investimeve të renditura më lart janë më lehtë të aksesueshme nga qendrat shëndetësore. Për kategorinë “Disa investime”, qarku me vlerën më të lartë është Kukësi, me 53.6%. Ndërsa në kategorinë e fundit “Pak ose aspak investime”, përqindja më e lartë, 46%, është në qarkun e Elbasanit.

Tabela 25

	Rajoni verior	Rajoni qendror	Rajoni jugor	Totali
Shumë investime	23.5	24.4	27.7	106
Disa investime	48.7	36.9	38.4	170
Pak ose aspak investime	27.7	38.7	33.9	139

Tabela 26

	Shumë investime	Disa investime	Pak ose aspak investime	Totali
Rajoni verior				
Dibër	25.0	46.4	28.6	28
Kukës	21.4	53.6	25.0	28
Lezhë	25.9	48.2	25.9	27
Shkodër	22.2	47.2	30.6	36
Rajoni qendror				
Durrës	28.6	39.3	32.1	28
Elbasan	14.8	39.3	45.9	61
Tiranë	40.0	41.7	37.5	24
Rajoni jugor				
Berat	33.3	30.3	36.4	33
Fier	23.1	38.5	38.4	52
Gjirokastër	24.0	36.0	40.0	25
Korçë	34.9	44.2	20.9	43
Vlorë	20.8	41.7	37.5	24

5.8 Vlerësimi i Infrastrukturës së Qendrës Shëndetësore

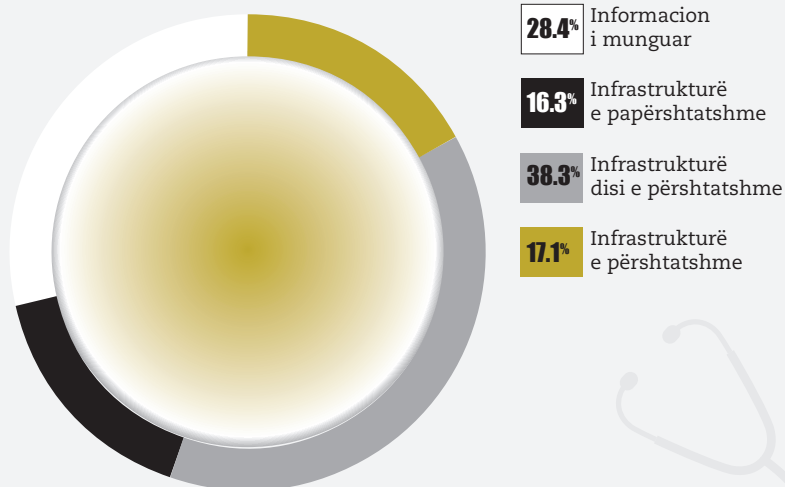
Një variabël i ri, i titulluar Infrastruktura e Qendrës Shëndetësore, u krijua nga kombinimi i pyetjeve të pyetësorit mbi infrastrukturën e qendrës shëndetësore. Ky seksion i pyetësorit përbëhet nga 39 pyetje, baza e të cilave ishte: “A ofrohen shërbimet e mëposhtme”? Këto pyetje kanë si përgjigje “po” ose “jo”, dhe të dhënat që kanë përgjigjen “po” krijojnë matjen

e shkallës së përgjigjeve. Nëse vlera e është më e lartë se 26%, kjo tregon se ka infrastrukturë “të përshtatshme”; nga 13 në 26 konsiderohet “disi e përshtatshme”; dhe më pak se 13 konsiderohet si “e papërshtatshme”. Detaje të mëtejshme për të gjithë pyetjet mund të gjenden në pyetësin origjinal, por në përgjithësi ato kishin të bënin me sistemin funksional të energjisë elektrike dhe ujit, praninë e sallës së vizitave për fëmijët dhe të rriturit, shtretërit dhe çarçafët e pastër etj.

Gjetjet e bazuara në të gjithë kampionin janë të pasqyruara në grafikun 12 dhe të dhënat e kombinuara sipas llojit të qendrës shëndetësore në grafikun 13.

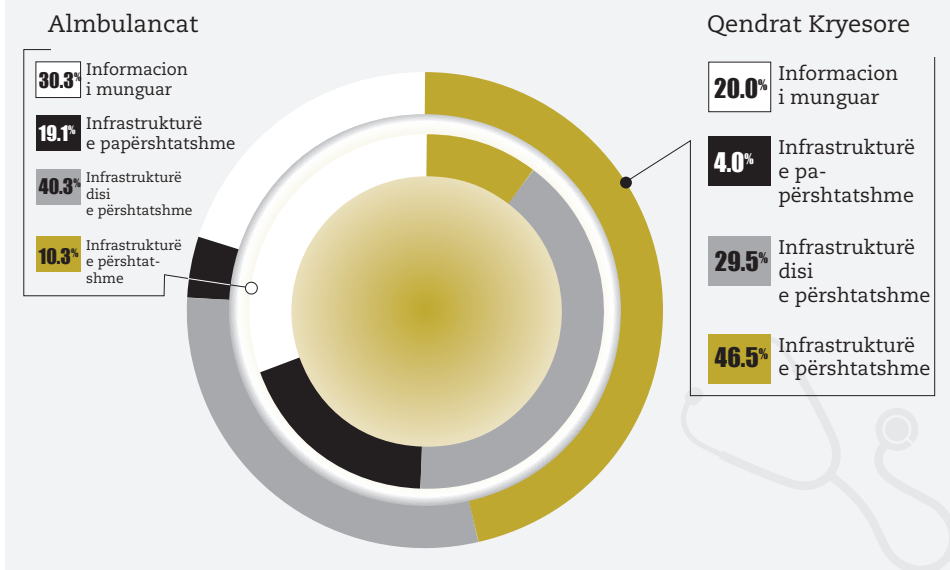
Grafik 12

Vlerësimi i Infrastrukturës së Qendrës Shëndetësore



Grafik 13

Vlerësimi i Infrastrukturës së Qendrës Shëndetësore



Bazuar në vëzhgimet e monitorimeve në terren të KZLN infrastruktura e qendrave shëndetësore mund të klasifikohet si: 17.0% e përshtatshme, 38.3% si raste disi të përshtatshme, dhe 16% si e papërshtatshme. Të shpërndara sipas qendrave shëndetësore kryesore dhe ambulancat, 46.5% e qendrave shëndetësore kryesore kanë infrastrukturën e përshtatshme, 29.5% kanë infrastrukturë disi të përshtatshme, dhe 4.0% klasifikohen si të papërshtatshme. Këto rezultate tregojnë se, në përgjithësi, qendrat shëndetësore janë më të përgatitura me infrastrukturën e përshtatshme; se në ambulancagjendet më shpesh një infrastrukturë disi e përshtatshme.

Pyetjet të cilat kanë pasur numrin më të madh të përgjigjeve “Jo” janë: A ka qendra shëndetësore një sistem alternativ të energjisë elektrike në rast të ndërprerjes së saj? A funksiononte shërbimi i internetit? A funksionon printeri? Pyetjet të cilat kanë pasur numrin më të madh të përgjigjeve “po” përfshijnë: A ka qendra shëndetësore një komplet tavoline dhe karrigesh? A janë ilaçet brenda datës së skadencës? A ofron qendra përkujdesje në shtëpi për ata pacientë që nuk mund të shkojnë pranë qendrës?

8 Informacion i munguar, tregon se qendra shëndetësore nuk e plotësoi këtë seksion. Interpretimi i tabulateve duhet theksuar që është bazuar tek qendrat shëndetësore që u janë përgjigjur pyetjeve.

Tabela 27

	Përqindja Po
A është funksional sistemi i energjisë elektrike?	75.4
A ka një sistem alternativ energjie në raste të shkëputjes së energjisë elektrike?	6.4
A ka një punonjës hidraulik në qendër?	65.1
A ka ujë të rrjedhshëm?	58.2
A ka një depozitë uji funksionale në rastet kur nuk funksionon sistemi i ujësjellësit?	42.2
A janë tualetet konform rregullores?	65.6
A ka tualete të veçanta për femrat dhe mëshkujt?	15.5
A një dhomë për mbetjet?	24.9
A janë pacientët të mbrojtur nga dielli dhe shiu ndërkohë që janë në pritje?	76.6
A funksionon sistemi i ngrohjes dhe i ftohjes?	27.8
A ka një dhomë të veçantë për konsultorin e nënës dhe fëmijës?	55.2
A ka shërbim konsultor për fëmijën?	55.8
A ka dhomë ekzaminuese për të rriturit?	65.5
A ka dhomë ekzaminuese për fëmijët?	50.9
A ka telefon brenda dhe jashtë ndërtesës ?	22.5
A ka qendra shëndetësore kompjuter dhe a është vendosur ai në një vend të sigurt?	28.2
A ka internet?	18.7
A ka printer?	20.4
A ka në një rreze prej 150m ndonjë shenjë sinjalizuese që paralajmëron ekzistencën e qendrës shëndetësore?	20.8
A janë çarçafët e krevatëve të pacientëve të pastër?	84.5
A ka komplet me tavolinë dhe karrige?	94.3
A ka ndarje privatësie në dhomën e ekzaminimit?	35.3
A kanë tualetet ujë të ngrohtë, të ftohtë dhe sapun?	33.1
A ka karrige në dhomat e pritjes ?	45.8
A ka lavamanë dhe sapun në dhomat e mjekëve?	61.1

A ka qendra shëndetësore një inventar të plotë të pajisjeve?	80.7
A ka qendra shëndetësore inventar të plotë të medikamenteve mjekësore?	90.9
A janë medikamentet brenda datës së skadencës ?	94.1
A ka frigorifer në një temperaturë të përshtatshme për medikamentet?	46.0
A ka qendra shëndetësore sapun, detergjent, peshqir, letër higjienike dhe letër duarsh?	59.2
A ka një sistem që rregullon oraret e pritjes?	55.2
A ka një numër telefoni ku pacientët mund të lënë takime?	30.3
A ofron qendra përkujdesje në shtëpi për ata pacientë që nuk mund të shkojnë pranë qendrës?	93.2

Të dhënat e kombinuara sipas rajonit në tabelën 28 dhe sipas rretheve në tabelën 29.

Pavarësisht nga rajoni, shumica e qendrave shëndetësore të kampionit kombëtar që janë përgjigjur pyetjeve të bien në kategorinë e “infrastrukturës disi të përshtatshme”. Rajoni Qendra ka vlerën më të lartë në përqindje për “infrastrukturën e duhur” dhe mund të lidhet me burimet në dispozicion në qendrat më të afërta në kryeqytet. Përqindjet e përgjithshme për “infrastrukturën e përshtatshme”, janë më të larta se përqindjet e “infrastrukturës disi të përshtatshme” dhe tregon se qendrat shëndetësore kanë rezultate më pozitive për këtë masë se sa jo.

Qarqet me përqindjen më të lartë për “infrastrukturën e duhur”, janë gjetur kryesisht në rrethet e rajonit qendror të Tiranës dhe Durrësit. Vlera e dytë më të lartë për këtë masë, edhe pse, është gjetur në rrethin verior të Dibrës me 32.3%. Përqindjet më të larta për “infrastruktura deri diku e duhur” kategori me shumicën e këtyre vlerave të larta gjenden në rajonin jugor. Vlerat më të larta janë gjetur në Fier (44.4%), Berat (42.1%), dhe Shkodër (41.3%). Qendrat shëndetësore provuan me vlerën më të fortë për “infrastrukturën jo i mire” është gjetur në Kukës në 33.3%. Vlera e dytë më e lartë e 25.0% mund të gjendet në rajonin qendror në Elbasan.

Tabela 28

	Rajoni verior	Rajoni qendror	Rajoni jugor	Totali
Infrastrukturë e përshtatshme	20.9	29.0	21.8	129
Infrastrukturë disi e përshtatshme	33.3	35.9	38.5	200
Infrastrukturë e papërshtatshme	17.7	15.2	10.3	75
Informacion i munguar	28.1	20.0	29.4	146

Tabela 29

	Infrastrukturë e përshtatshme	Infrastrukturë disi e përshtatshme	Infrastrukturë e papërshtatshme	Informacion i munguar	Totali
Rajoni verior					
Dibër	32.3	29.0	16.1	22.6	31
Kukës	15.4	23.1	33.3	28.2	39
Lezhë	10.8	37.8	16.2	35.1	37
Shkodër	26.1	41.3	6.5	26.1	46
Rajoni qendror					
Durrës	31.3	31.3	3.1	34.4	32
Elbasan	20.0	36.3	25.0	18.8	80
Tiranë	48.5	39.4	3.0	9.1	33
Rajoni jugor					
Berat	26.3	42.1	13.2	18.4	38
Fier	20.6	44.4	14.3	20.6	63
Gjirokastrë	14.6	25.0	8.3	52.1	48
Korçë	29.1	40.0	9.1	21.8	55
Vlorë	23.5	36.4	13.6	26.6	48

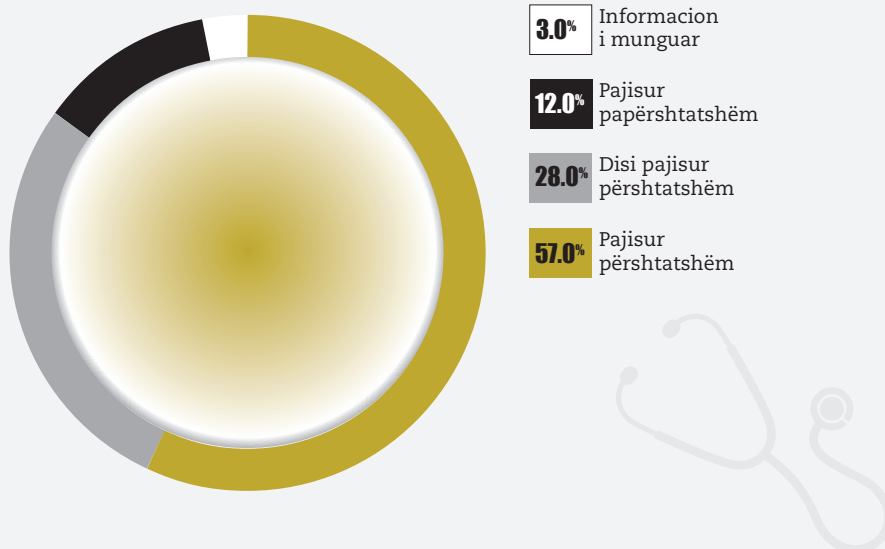
5.9 Vlerësimi i Pajisjeve të Qendrës Shëndetësore

Variabla e re u krijua për të trajtuar vlerësimin e qendrave shëndetësore, e titulluar Pajisjet e Qendrës Shëndetësore. Kjo shkallë u krijua nga kombinimi i të gjithë pyetjeve për seksionin e pestë, të titulluar Pajisjet e Qendrës Shëndetësore Parësore. Në total u bënë 45 pyetje mbi pajisjet që kanë qendrat shëndetësore dhe përgjigja mund të ishte “po” ose “jo”. Shumatorja e të gjithë përgjigjeve “po” krijon shkallën sipas së cilës më shumë se 30 do të thotë “të pajisura në mënyrë të përshtatshme”, përgjigjet me “po” nga 15 në 30 do të thotë “të pajisura në mënyrë disi të përshtatshme”, dhe më pak se 15 “të pajisura në mënyrë të papërshtatshme”.

Të dhënat e bazuara në kampionin e qendrave shëndetësore janë të paraqitura në grafikun 14.

Grafik 14

Vlerësimi i Pajisjeve të Qendrës Shëndetësore



Bazuar në tabulatet në rang vendi, më shumë se gjysma e qendrave shëndetësore janë të pajisura në mënyrën e duhur, duke përbërë 57% të kampionit. Më shumë se dy të tretat e qendrave shëndetësore ose janë të pajisura në mënyrë të përshtatshme ose në mënyrë disi të përshtatshme. Pajisjet e monitoruara për të krijuar këtë variabël janë të shënuara më

poshtë në tabelën 30 me përqindjen e përgjigjeve “po”, duke treguar se pajisja në fjalë u gjet në qendrën shëndetësore që ishte pjesë e kampionit. Pajisjet ishin të pranishme më pak në kampionin rastësor të qendrave shëndetësore janë makina me ultratinguj në 3,2%, photometers në 3,8%, dhe centrifuga në 4,6%. Për sa i përket pajisjeve që gjenden me shpesh, përqindjet më të larta janë gjetur për aparat matës tensioni për të rritur (94,4%), termometra (93,5%), dhe gërrshërë (89,9%). Nivele shqetësuese janë parë në lidhje me sendet që lidhen me shëndetin e grave të tilla si materiale për PAP teste dhe tavolina gjinekologjike ekzaminuese.

Tabela 30

	Përqindja
	Po
Set mikrokirurgjik	47.1
Aparat thithje ilaçi	22.2
Maskë	50.1
Burim drite i fiksuar dhe i lëvizshëm	28.8
Spekulum hunde	32.1
Otoskop	48.6
Oftalmoskop	25.8
Matës glukoze	48.7
Stilolaps me dritë	56.6
Çekiç për reflekset	54.9
Peshore për të rritur	63.0
Peshore për fëmijë	82.2
Poster me kurbat e rritjes	61.5
Aparat matës tensioni për të rritur	94.4
Aparat matës tensioni për fëmijë	29.4
Stetoskop për fëmijë	61.6
Stetoskop për të rritur	83.1
Stetoskop obstetrik	55.3
Metër për matjen e gjatësisë	82.4
Shina për frakturat	11.4
Mjete sterilizuese	43.6
Frigorifer	51.2

Frigorifer i lëvizshëm për vaksinat	69.1
Termometer	93.5
Ulës gjuhe	78.7
Diapazon	30.1
Tabelë për testimin e shikimit	50.9
Shiringë veshi	22.3
Gërshërë	89.9
Çekiç neurologjik perkusioni	46.0
Matër kohe mekanik	48.2
Maskë oksigjeni	14.2
Inhalator për salbutamol me maskën dhe dozuesin përkatës	25.4
Pajisje gjinekologjike	25.7
Pelvimeter	55.1
Tavolinë ekzaminuese gjinekologjike	18.4
Spekulummasa e vogël	13.2
Spekulummasa e mesme	14.9
Spekulummasa e madhe	13.4
Materiale për PAP test	11.6
EKG	4.9
Autoklave	21.2
Fotometër	3.8
Centrifugë	4.6
Pajisje me ultratinguj/ Aparat për EKO	3.2

Për t'iu rikthyer shkallës së pajisjeve, tabela 31 paraqet qendrat shëndetësore të ndara sipas rajoneve dhe tabela 32 tregon gjetjes sipas qarqeve. Rajoni qendror ka incidencën më të lartë të përgjigjeve “të pajisura në mënyrë të përshtatshme”, çka nuk është e surprizuese duke pasur parasysh aksesueshmërinë e qendrave shëndetësore ndaj furnizuesve me pajisje mjekësore në kryeqytet. Kjo reflektohet edhe në të dhënat sipas qarqeve, ku qarqet me përqindje më të lartë në kategorinë “të pajisura në mënyrë të përshtatshme” janë Tirana dhe Durrësi.

Shumica e qendrave shëndetësore që janë të pajisura ose disi të pajisura në mënyrë të përshtatshme me pajisje mjekësore ndodhen në rajonin

qendror të vendit. Megjithatë, ka vlera të larta në kategorinë “të papajisura në mënyrë të përshtatshme” dhe kjo mund të shihet në rajonin jugor, ku vlerat më të larta janë në Gjirokastrë (33.3%), e ndjekur nga Shkodra (27.8%) dhe Kukësi (23.1%) në rajonin verior.

Tabela 31

	Rajoni verior	Rajoni qendror	Rajoni jugor	Totali
Të pajisuara në mënyrë të përshtatshme	38.6	72.1	58.5	114
Disi të pajisura	35.1	22.9	26.8	56
Të papajisura në mënyrë të përshtatshme	19.3	4.9	12.2	24
Informacion i munguar	7.0	0.0	2.4	6

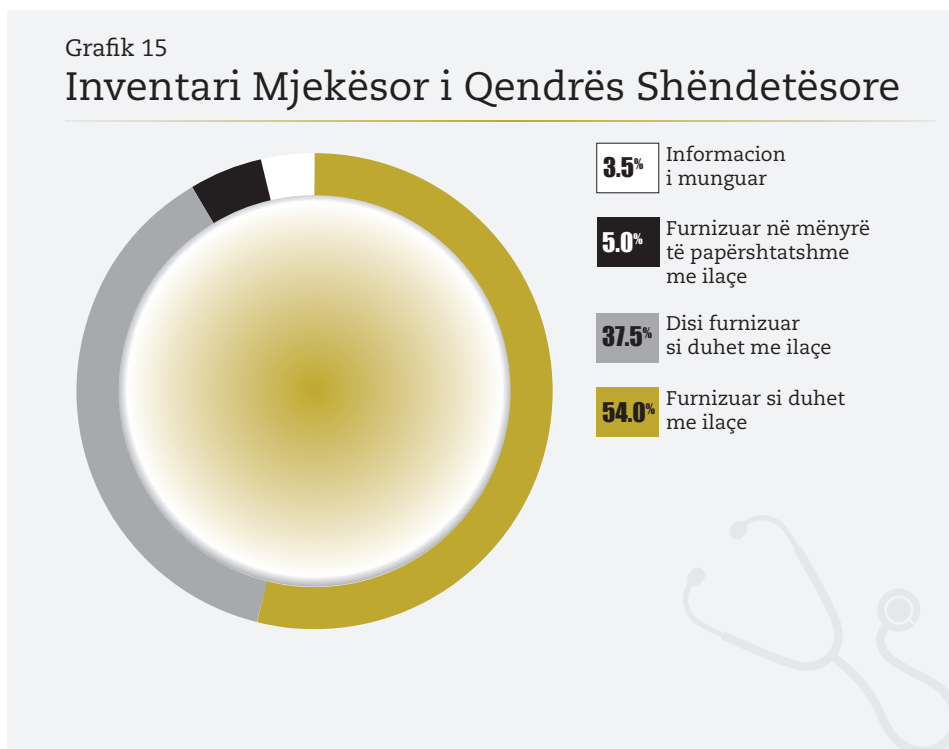
Tabela 32

	Të pajisura në mënyrë të përshtatshme	Disi të pajisura	Të papajisura	Informacion i munguar	Totali
Rajoni verior					
Dibër	37.5	43.8	18.8	0.0	16
Kukës	30.8	38.5	23.1	7.7	13
Lezhë	50.0	30.0	0.0	20.0	10
Shkodër	38.9	27.8	27.8	5.6	18
Rajoni qendror					
Durrës	76.9	15.4	7.7	0.0	13
Elbasan	64.0	28.0	8.0	0.0	25
Tiranë	78.3	21.7	0.0	0.0	23
Rajoni jugor					
Berat	54.6	27.3	18.2	0.00	11
Fier	68.2	22.7	9.1	0.00	22
Gjirokastrë	33.3	26.7	33.3	6.7	15
Korçë	68.4	26.3	0.0	5.3	19
Vlorë	60.0	33.3	6.7	0.0	15

5.10 Inventari i mjekimeve të qendrave shëndetësore

Në mënyrë të ngjashme me krijimin matjes së shkallës së përgjigjeve mbi listën e pajisjeve mjekësore, u krijua një variabël që e mori emrin nga lista e inventarit që gjendet në inventarin e mjekimit, në seksionin 6 të pyetësorit. Në total u bënë 61 pyetje që kërkonin “po” ose “jo” si përgjigje. Totali i përgjigjeve “po”, që krijojnë në shkallën e të dhënave vlerën më shumë se 40, klasifikohen si “të furnizuara në mënyrë të përshtatshme”; nga 20 deri në 40 “të furnizuara në mënyrë disi të përshtatshme”; më pak se 20 “të furnizuara në mënyrë të papërshtatshme”.

Të dhënat e bazuara në kampionin e qendrave shëndetësore janë paraqitur në grafikun 15.



Më shumë se gjysma e qendrave janë të furnizuara në mënyrë “të përshtatshme”, 54.0% e tyre. Në përgjithësi furnizimet për mjekime janë në nivel “të përshtatshëm” ose “disi të përshtatshëm”, dhe kjo ilustron nga 75.0% e të dhënave të kampionit.

Ndërkohë që thuajse çdo qendër shëndetësore kryesore ka ujë për injeksione, Atropine Sulfat 0.1%-(1mg/1ml), Dekstrozë 5% -500ml, Diazepam-10mg/2 ml, Furosemid -20mg/2 ml, Tresol(OR) 27.9 gr, Papaverinë 4%-1ml, Sistem perfuzioni plastik, Shiringë plastike+2 age 3, 5, 10ml, Tincturajodi 2% -500ml, Doreza kirurgjikale, Bender, Pambuk hidrofilik 100gr, në mënyrë të konsiderueshme më pak se një e treta e qendrave shëndetësore në Shqipëri kanë Serum ndaj merimangës së zeze, Bipenicilinë 6.000.000UI, Morfinesulfat 15 mg ose 30 mg, Verapamil-5 mg/2ml, Dihidroergotaminë-1mg/ml, Nebulizatorose pompë me volum, Klorfeniramin, Oksigjen.

Tabela 33

	Përqindja
	Po
Ujë për injeksione	90.1
Atropine sulfat 0.1% (1mg/1ml)	81.6
Dextrose 5% (500ml)	66.6
Dextrose 40% (10ml)	54.1
Manitol 20% (250ml)	54.6
Diazepam (10mg/2ml)	93.4
Epinefrinë 0.1% (1ml)	52.1
Furosemide (20mg/2ml)	92.5
Lidokaine 15% (2ml)	67.8
Natriumkloride 0.9% (10ml)	67.8
Natriumkloride 0.9% (500ml)	76.0
Nitroglycerin (0.5mg)	68.4
Vitaminë K 1% (1ml)	72.7
Dexametazon (5mg)	72.7
Antitetanic Serum (1500 units)	69.9
Serum kundër helmit të gjarprit (10ml)	48.2
Serum ndaj merimangës së zezë	13.2
Tresol (27.9gr)	74.2
Bipenicilin (6000000UI)	28.2
Haloperidol (5mg/ml)	40.6
Metoklopramid (10mg/2ml)	55.5

Proklorperazine (12.5mg/ml)	33.7
Aspirin (0.5gr)	75.9
Morphine sulfate (15mg or 30mg)	22.7
Tramadol (100mg/2ml)	69.8
Diklofenak (50mg)	69.3
Salbutamol	31.8
Hidrokortizon (100mg/2ml)	45.8
Papaverinë 4% (1ml)	86.2
Oksitocinë (5ul)	30.2
Vepramil (5mg/2ml)	25.1
Dihydroergotamine(1mg/ml)	13.8
Kontraceptive DIU	32.4
Kontraceptivë oralë	51.9
Kontraceptivë me injeksione	46.9
Vaksina të ndryshme	68.5
Sistem plastik perkusioni	70.8
Spiritsaethylicus 70% (alcohol)	76.3
Shringë plastike (3ml)	91.7
Shiringë plastike (5ml)	93.7
Shiringë plastike (10ml)	88.5
Tincturajodi 2% (500ml)	79.4
Materiale për qepje	59.2
Nebulizer	23.8
Doreza kirurgjikale	81.6
Solucion Gentian violet 1%	33.5
Cholecalciferol	22.3
Amoksicilinë	34.3
Klorfeniramin	21.5
Silver sufadiazine 1% (15g)	31.0
Suposteglicerinë	37.2
Acetaminophen suppository (100mg)	41.2
Sulfadiazine (local cream)	33.3
Acid folik (5mg)	38.6
Nitrat argjendi	31.8

Oksigjen	19.6
Bender (5x5cm)	81.6
Garzë (1m)	73.3
Peroksid hidrogjeni 3%	55.5
pamuk hidrofilic (100g)	91.1
Sulfat magnezi (10ml)	68.7

Të dhënat rajonale në Tabelën 34 vijnë të tregojnë se rajoni qendror është i furnizuar më mirë se ai verior dhe jugor. Furnizimet e papërshtatshme me medikamente kanë përqindje të ulëta për të gjitha rajonet por rajoni qendror udhëheq me përqindjen më të lartë. Qendrat kryesore shëndetësore të furnizuara siç duhet në rrethe kanë zakonisht vlera mbi 40%. Përjashtime mund të vihen re në Vlorë me 20.0%, në Lezhë me 30.0%. Këto vlera të ulëta janë shoqëruar me vlera më të larta për klasifikimin “disi të furnizuara si duhet”. Rrethi me përqindjen më të lartë të përgjigjeve “furnizuar në mënyrë të papërshtatshme me medikamente” është gjetur në rajonin qendror, në qarkun e Elbasanit me 16.0%. Pas Elbasanit vjen Kukësi dhe Gjirokastra. Këto rezultate janë të ngjashme me rezultatet mbi furnizimin me pajisje mjekësore.

Tabela 34

	Rajoni verior	Rajoni qendror	Rajoni jugor	Totali
Të furnizuara në mënyrë të përshtatshme me medikamente	47.4	60.7	53.7	108
Të furnizuara në mënyrë disi të përshtatshme	42.1	29.5	40.2	75
Të furnizuara në mënyrë të papërshtatshme	3.5	8.2	3.7	10
	7.0	1.6	2.4	7

Tabela 35

	Të furni- zuara në mënyrë të përshta- tshme me ilaçe	Të furni- zuara në mënyrë disi të përshta- tshme	Të furni- zuara në mënyrë të papërshta- tshme	Infor- macion i munguar	Totali
Rajoni verior					
Dibër	56.3	43.8	0.0	0.0	16
Kukës	46.2	30.8	15.4	7.7	13
Lezhë	30.0	50.0	0.0	20.0	10
Shkodër	50.0	44.4	0.0	5.6	18
Rajoni qendror					
Durrës	61.5	38.5	0.0	0.0	13
Elbasan	64.0	16.0	16.0	4.0	25
Tiranë	56.5	39.1	4.4	0.0	23
Rajoni jugor					
Berat	54.6	45.5	0.0	0.0	11
Fier	63.6	31.8	4.6	0.0	22
Gjirokastrë	40.0	40.0	13.3	6.7	15
Korçë	78.9	15.8	0.0	5.3	19
Vlorë	20.0	80.0	0.0	0.0	15

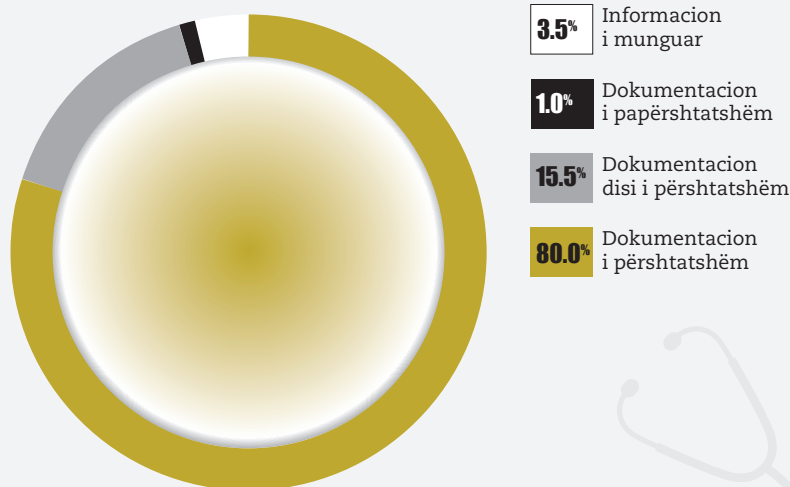
5.11 Vlerësimi i dokumentacionit të Qendrave shëndetësore

Në të njëjtën mënyrë si dy shkallët e mëparshme, seksioni 7 i pyetësorit që lidhet me dokumentacionin e qendrës shëndetësore, u përdor për të hartuar një shkallë të Dokumentacionit të Qendrës Shëndetësore. Shkalla e të dhënave u krijua nga një përmbledhje e të gjithë përgjigjeve “po” për të gjithë 47 pyetjet. Për vlera më të larta se 30 konsiderohet si “dokumentacion i përshtatshëm”, nga 15 në 30 konsiderohet si “dokumentacion disi i përshtatshëm” dhe më pak se 15 konsiderohet si “dokumentacion i papërshtatshëm”.

Të dhënat e bazuara në të gjithë kampionin janë ilustruar në grafikun 16.

Grafik 16

Vlerësimi i Dokumentacionit të Qendrës Shëndetësore



Në përgjithësi, qendrat shëndetësore në mbarë vendin, e kanë dokumentacionin e përshtatshëm, respektivisht 80.0% e qendrave shëndetësore kanë dokumentacionin e “përshtatshëm” dhe 15.5% e qendrave kanë dokumentacion “disi të përshtatshëm”.

Tabela 36 jep të dhënat e variablit “Dokumentacioni i qendrave shëndetësore” për çdo komponent lidhur me kampionin e qendrave shëndetësore. Ndërkohë që shumiva e vlerave janë relativisht të larta, disa nga dokumentat nuk gjenden rëndom në qendrat shëndetësore pjesë të kampionit. Vlerat më të ulëta për dokumentacionin prezent janë për Rregjistrin e analizave të urinës dhe gjakut, respektivisht 10.9% dhe 13.0%. Vlerat më të larta janë për Rregjistrin themeltar, me 93.6% dhe Rregjistri i vizitave të të rriturve me 89.1%. Në përgjithësi, dokumentacioni duket se është prezent dhe u mirëmbajtur, por fusha specifike mjekësore si shëndeti obstetër-gjinekologjik i gruas dhe rastet e dhunës në familje janë relativisht pak të pasqyruara në dokumentacion.

Tabela 36

	Përqindja Po
Kartela e fëmijës	85.1
Modularët për paaftësitë e përkohshme dhe pas lindjes	66.5
Rregjistri i vdekjeve	65.5
Kartela e vaksinimit për fëmijë nga 0-14 years	87.4
Vëetetim për vaksinimin e fëmijëve	83.9
Protokoll i unifikuar për pranifikimin familjar	67.0
Fushatë tip e planifikimit familjar	63.0
Materiale edukimi dhe promocioni	79.6
Rregjistri i pacientëve të moshuarve që ndiqen në familje	56.1
Formularë të ndjekjes së të sëmurëve të moshuar në shtëpi	42.4
Rregjistri themeltar	93.6
Rregjistri i vizitave të fëmijëve	87.7
Rregjistri i vizitave të fëmijëve	89.1
Rregjistri i urgjencave	86.1
Rregjistri i vizitave në shtëpi	76.2
Recetat me rimbursim të plotë, të pjesshëm dhe pa rimbursim	69.5
Libreza e shendetit	64.4
Formular i vizitës dhe procedurat e mjekut	83.0
Rregjistri i sëmundjeve kronike	67.5
Kartelat për gratë shtatëzëna	81.8
Rregjistri themeltar i grave shtatëzëna	74.2
Rregjistri i vaksinimit të grave shtatëzëna	64.1
Rregjistri i vizitave obstetrike	58.8
Rregjistri i vizitave gjinekologjike	41.4
Rregjistri i planifikimit familjar	59.1
Rregjistër i analizës së urinës	13.0
Rregjistri i analizave të gjakut	10.9
Rregjistri i performancës manipulative	66.7

Rregjistri i mjekut specialist	18.6
Rregistëe për leje për drejtim automjeti	22.2
Fletë analize urine dhe gjaku	32.1
Kartelat për fëmijët nga 0-6 vjeç	83.8
Rregjistri themeltar i konsultores së fëmijës	76.0
Rregjistri i vizitave të specializuara të fëmijëve	62.5
Rregjistri themeltar i vaksinimit	85.1
Rregjistri i aplikimi të vaksinave	83.4
Rregjistri i vizitave infermierore	68.5
Rregjistri i deformimeve kogjenitale	32.7
Rregjistër i konsultorit për rastet e ardhjeve dhe largimeve të fëmijëve 0-14 vjeç	68.1
Lista e ilaçeve të rimbursuara	70.3
Protokolle të rimbursimit të ilaçeve	67.8
Raport për rastet e dhunës në familje	49.6
Raportimi i rasteve të dhunës në familje në polici	68.7
A raportoni menjëherë policinë për rastet e dhunës në familje	60.0
Rregjistri i viktimave të dhunës së familje	31.9

Tabela 37 paraqet të dhënat e nivelit rajonal për qendrat kryesore shëndetësore, mund të shihet se nivelet e duhura të dokumentacionit janë mjaft të larta në të gjithë rajonet. Rajoni qendror udhëheq me 90.2%, duke vazhduar me rajonin verior dhe jugor që nuk mbeten shumë prapa. Të dhënat e kombinuara në lidhje me qarqet në Tabelën 38 japin më shumë detaje në lidhje me vlerat e larta që vihen re në Tabelën 51. Rrethet e pjesës qendrore të Shqipërisë vazhdimisht kanë përqindje të larta në lidhje me “Dokumentacioni i duhur”. Përqindja më të ulët për të njëjtin klasifikim është në Vlorë me 40.0%, në Gjirokastër me 53.3 %, dhe Kukës me 61.5%. Përsëri, kjo prirje është pasqyruar në të dhënat e kombinuara të pajisjeve mjekësore dhe të inventarit. Kukësi dhe Gjirokastra janë gjithashtu të vetmet rrethe me qendra kryesore shëndetësore të klasifikuara me “dokumentacion të papërshtatshëm”.

Tabela 37

	Rajoni verior	Rajoni qendror	Rajoni jugor	Totali
Dokumentacion i përshtatshëm	80.7	90.2	71.9	160
Dokumentacion disi i përshtatshëm	10.5	8.2	24.4	31
Dokumentacion i papërshtatshëm	1.8	0.0	1.2	2
Informacion i munguar	7.0	1.6	2.4	7

Tabela 38

	Dokume- ntacion i përshtat- shëm	Dokume- ntacion disi i përshtat- shëm	Dokume- ntacion i pa- përshtat- shëm	Infor- macion i munguar	Totali
Rajoni verior					
Dibër	87.5	12.5	0.0	0.0	16
Kukës	61.5	23.1	7.7	7.7	13
Lezhë	80.0	0.0	0.0	20.0	10
Shkodër	88.9	5.6	0.0	5.5	18
Rajoni qendror					
Durrës	92.3	7.7	0.0	0.0	13
Elbasan	88.0	8.0	0.0	4.0	25
Tiranë	91.3	8.7	0.0	0.0	23
Rajoni jugor					
Berat	72.7	27.3	0.0	0.0	11
Fier	90.9	9.1	0.0	0.0	22
Gjirokastrë	53.3	33.3	6.7	6.7	15
Korçë	89.4	5.3	0.0	5.3	19
Vlorë	40.0	60.0	0.0	0.0	15

5.12 Orari i mbylljes së Qendrave Shëndetësore

Bazuar në të dhënat nga seksioni i fundit i pyetësorit, u krijua një shkallë të dhënash e titulluar Mbyllja e Qendrës Shëndetësore. Përgjigjet e pyetjeve të pyetësorit janë klasifikuar si “sipas orarit” ose “jo sipas orarit”, bazuar në përzgjedhjen e zgjedhjeve të renditura për secilën pyetje, si më poshtë:

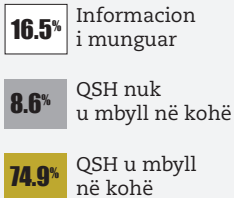
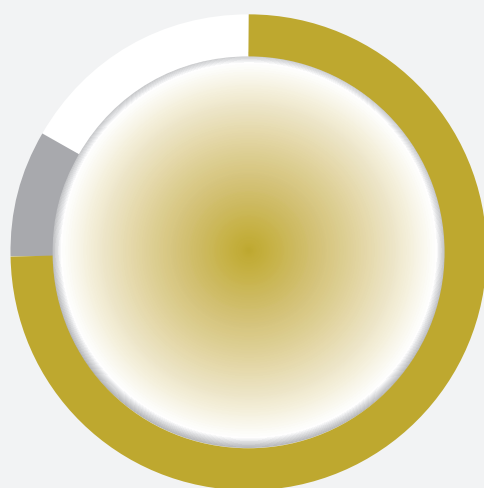
1. Cili është orari i mbylljes së kësaj qendre shëndetësore?
2. Kur është mbyllur qendra shëndetësore (ora e saktë)?

Nëse përgjigjet e pyetjeve janë të njëjta, atëherë konsiderohet si “e mbyllur sipas orarit” dhe nëse përgjigjet e pyetura nuk janë të njëjta, atëherë qendra shëndetësore konsiderohet se “nuk është mbyllur sipas orarit zyrtar”.

Të dhënat e bazuara në të gjithë kampionin janë ilustruar në grafikun 17 dhe të dhënat e kombinuara sipas llojit të qendrës shëndetësore ilustrohen në grafikun 18.

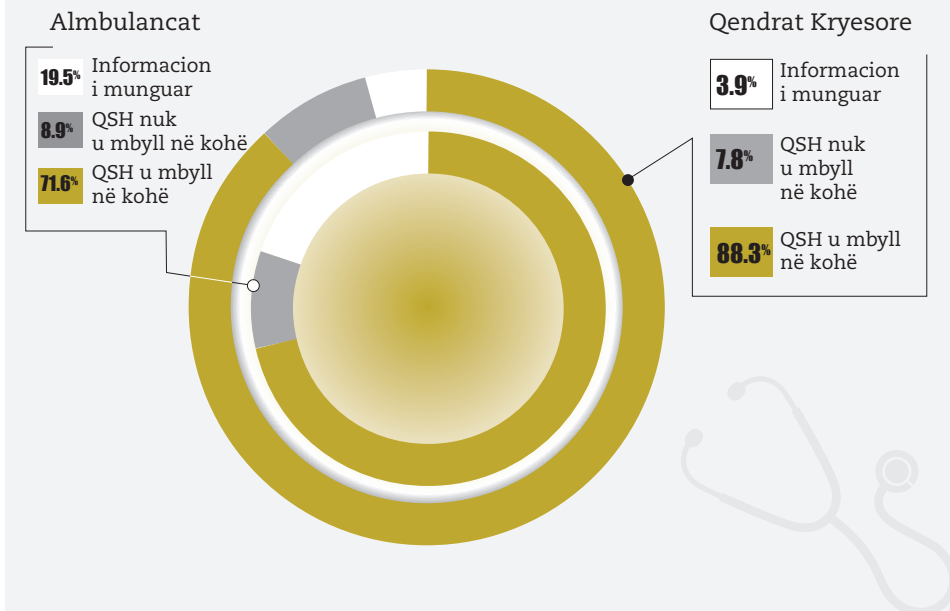
Grafik 17

Koha e mbylljes së Qendrës Shëndetësore



Grafik 18

Koha e mbylljes së Qendrës Shëndetësore



Në përgjithësi qendrat shëndetësore u mbyllën sipas orarit, me një frekuentim prej 74.9%. Kur i ndajmë sipas qendrave shëndetësore kryesore dhe ambulancat, qendrat shëndetësore kryesore kanë një vlerë më të lartë të mbylljes sipas orarit zyrtar krahasuar me ambulancat, ku qendrat kryesore kanë nivel 88.3% dhe ambulancat 71.6%. Duhet të përmendet fakti se ka më shumë të dhëna që mungojnë lidhur me ambulancat dhe kjo mund të lidhet me nivelin e ndryshëm të frekuentimit të tyre në krahasim me qendrat shëndetësore kryesore.

Tabela 39 më poshtë paraqet sipas pyetjeve përgjigjet e sakta që kanë krijuar variablin Mbyllja e Qendrës shëndetësore.

Tabela 39

	Përqindja / E saktë
Kur është orari i mbylljes së kësaj qendre shëndetësore?	
<i>Përgjigje e saktë: Në kohë</i>	
Kur u mbyll qendra shëndetësore?	
<i>Përgjigje e saktë: Në kohë</i>	

Tabelat 40 dhe 41 tregojnë të dhënat rajonale dhe të qarkut në lidhje me informacionin e kohës së mbylljes. Së pari, në lidhje me të dhënat e rajonale, qendrat shëndetësore në rajonin qendror priren të jenë më në rregull me mbylljen në kohë se qendrat shëndetësore në rajonin verior dhe Jugor. Të dhënat bazuar në qarqe japin po të njëjtën prirje. Vlera më e ulët për këtë kategori vihet re në Gjirokastrë me 37.5%, pastaj në Lezhë me 51.4%, dhe në fund Vlora me 68.8%. Kukësi me 69.2%, duke vazhduar për të reflektuar trendin e Gjirokastrës dhe Kukësit me vlera të ulëta të performancës.

Tabela 40

	Rajoni verior	Rajoni qendror	Rajoni jugor	Totali
Mbyllje në kohë	73.2	85.5	76.2	428
Nuk u mbyll në kohë	13.1	6.9	6.4	46
Informacion i munguar	13.7	7.6	17.5	76

Tabela 41

	Mbyllje në kohë	Nuk u mbyll në kohë	Informacion i munguar	Totali
Rajoni verior				
Dibër	90.3	3.2	6.5	31
Kukës	69.2	12.8	18.0	39
Lezhë	51.4	29.7	18.9	37
Shkodër	82.6	6.5	10.9	46
Rajoni qendror				
Durrës	84.4	9.4	6.3	32
Elbasan	83.8	7.5	8.8	80
Tiranë	90.9	3.0	6.1	33
Rajoni jugor				
Berat	84.2	10.5	5.3	38
Fier	87.3	6.4	6.4	63
Gjirokastrë	37.5	58.3	4.2	48
Korçë	80.0	7.3	12.7	55
Vlorë	68.8	27.1	4.2	48

Kapitulli 6

Konkluzione dhe Rekomandime

Në përfundim të këtij studimi dhe në bazë të gjetjeve statistikore më poshtë jepen disa konkluzione të cilat bazohen në pyetjet që u ngritën kur u hartua pyetësori. Në vijim ky kapitull vazhdon me disa rekomandime kyçe për përmirësimin e punës së qendrave shëndetësore të kujdesit parësor në Shqipëri.

Cilat janë anët e forta dhe dobësitë e qendrave të kujdesit shëndetësor primar? Çfarë e karakterizon një qendër shëndetësore me anë të forta apo të dobëta?

Bazuar në gjetjet e prezantuara më lart, kuptohet që vlerat e larta për variabla të ndryshëm si dhe të kombinimeve të tyre tregojnë fuqinë e një institucioni në sistemin shëndetësor parësor në Shqipëri. Nga ana tjetër, vlerat e ulëta në përqindje tregojnë që institucionet shëndetësore parësore duhet të përmirësojnë ndjeshëm performancën e tyre në mënyrë që t'i shërbejnë publikut shqiptar siç kërkohet nga paketat e rregulloret e miratuara. Kështu karakteristikat e një qendre të fortë shëndetësore do të ishin:

- Të ketë status aktiv e të jetë operacionale sipas orarit zyrtar të afishuar;
- Të ketë në dispozicion të pacientëve personelin e duhur shëndetësor;
- Të jetë e pajisur siç duhet;
- Të hapet e të mbyllet në kohë sipas orarit;
- Të jenë të përshtatura për personat me aftësi të kufizuar dhe të japin shërbimet e duhura për të rriturit, fëmijët dhe në rastet e urgjencës.
- Të kenë një marrëdhënie aktive dhe të duhur me Fondin e Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor (FSDKSH) ose ndryshe Fondi dhe Drejtoritë përkatëse supervizuese në zbatim të kontrates së lidhur.
- Të paraqesin një nivel të lartë performance në infrastrukture, pajisje, medikamente dhe dokumentacion.

Por le t'i shohim me radhë pikat e forta e ato të dobëta të qendrave të kujdesit shëndetësor parësor.

Pikat e forta

Pikat e forta të kujdesit shëndetësor parësor në Shqipëri mund të shihen në numrin e qendrave shëndetësore aktive si dhe në procedurat e hapjes dhe mbylljes së tyre. Vihet re se, shërbimet e kujdesit shëndetësor jepen siç duhet në 415 qendrat kryesore shëndetësore duke mbuluar shërbimet për të të rritur, moshën pediatrike, dhe të emergjencës. Dokumentacioni në qendrat shëndetësore kryesore rezulton të plotësohet me kujdes. Megjithatë, nëse fokusohemi në komponentët e veçantë të seksioneve të pyetësorit, si psh të dokumentacionit të qendrave shëndetësore, duket se ai mbahet mirë në përgjithësi nga personeli, por në disa aspekte të vacanta, siç është dokumentacioni për rastet e dhunës në familje apo për planifikimin familjar, ky dokumentacion nuk ekziston ose nuk mbahet siç duhet.

Marrëdhënia e një qendre shëndetësore me Fondin ishte një aspekt i cili u vëzhgua dhe u pa që tendenca e përqindjeve varioje nga niveli mesatar drejt nivelit të lartë, duke u bazuar në faktin që gjysma e qendrave shëndetësore kishin marrëdhënie shumë të rregullta me Fondin. Detajet e kësaj marrëdhënie tregojnë se marrëveshjet, supervizimi dhe raportimi pranë Fondit kryhet rregullisht dhe në mënyrë efektive. Dobësia e vetme në këtë marrëdhënie rezulton të ketë të bëjë me auditimet, të cilat në një pjesë të rasteve nuk ishin kryer nga ana e Fondit. Nga të dhënat e grumbulluara rezulton se 71.6% të qendrave shëndetësore janë audituar nga Fondi, pjesa e mbetur prej 28.4% jo.

Më tej një qendër shëndetësore u vlerësua nga pajisjet mjekësore dhe medikamentet që duhet të kishte, sipas paketës së shërbimeve shëndetësore dhe protokolleve të miratuara. Ky vlerësim tregoi se rreth gjysma e qendrave shëndetësore janë të pajisura siç duhet si me pajisje ashtu edhe me medikamente përkatëse. Në lidhje me pyetjen që i referohej mënyrës së përdorimit dhe zëvendësimit të medikamenteve në rastin kur mbarohen, sipas drejtuesve të QSHKP, për shkak të masës së limituar, medikamentet e qendrave shëndetësore përdoren vetëm në rastet e urgjencave. Në të kundërt, pacientët pajiseshin me recetë dhe i blinin medikamentet në farmaci. Ishte gjetur kjo zgjidhje sepse qendrat shëndetësore nuk mund të rifurnizoheshin me medikamente para miratimit të buxhetit të ri, pra deri në vitin pasardhës. Po ashtu ishte edhe çështja e pajisjeve mjekësore. Në disa qendra shëndetësore pajisjet ishin në sirtarë të pa ç'paketuara dhe në disa raste të tjera mungonin. Për shkak të inventarit të QSHKP, stafi mjekësor nuk mund të hiqte një

pajisje jofunksionale. I paqartë mbetej edhe fakti se sa shpejt një pajisje zëvendësohej kur ajo dilte jashtë përdorimit. Kjo kërkonte një procedurë të gjatë burokratike miratimi, në fund të së cilës, ndonjëherë për arsye të pacaktuara e të pabazuara, kërkesa edhe nuk mund të miratohej.

Pikat e dobëta

Dobësitë kryesore në një qendër shëndetësore shiheshin në përqindjen e qendrave që ishin të përshatshme për persona me afësi të kufizuar, rreth 5% e tyre. Ndërsa përsa i përket tualeteve, përqindja ishte edhe më e ulët duke treguar që në masë të madhe qendrat shëndetësore në Shqipëri nuk janë të përshatshme për personat me aftësi të kufizuar. Dobësi të tjera shiheshin qartazi në mungesën e investimeve për të patur infrastrukturën e duhur në qendrat shëndetësore.

Duke kërkuar në mënyrë specifike në pyetjet që lidheshin me investimet, përbërësit me nivel më të ulët në këtë shkallë ishin të lidhura me kreditë bankare dhe fondet e donatorëve të përdorura për investime. Edhe pse nuk është aq i ulët në përqindje, norma e investimeve të Ministrisë së Shëndetësisë ishte e ulët, duke treguar se më pak se një e treta e qendrave shëndetësore kishin marrë investime nga Ministria e Shëndetësisë. Investimet në qendra shëndetësore akordohen në kuadër të Fondit të Zhvillimit të Rajoneve ku pushteti vendor aplikon online sipas një formulari të miratuar.

Komponentët e infrastrukturës së qendrës shëndetësore ishin elementë të rëndësishëm duke nxjerrë në pah se më pak se një e pesta e qendrave shëndetësore përmbush dy të tretat e përbërësve të listuara, për të përmendur se asnjë nga qendrat nuk i përmbush 100% ato. Dobësitë kryesore janë mungesa e një sistemi të dytë për të siguruar energji elektrike kur ajo mungon, banjat e ndara sipas gjinisë, mungesa e kompjuterave, sistemit telefonik, makinave/ambulancave. Një tjetër komponent i rëndësishëm është përqindja e lartë e qendrave shëndetësore pa një incenerator për eliminimin e mbeturinave mjekësore. Një variabël i fundit që tregon dobësi është fakti se afërsisht një e pesta e qendrave shëndetësore kryesore janë të pajisura siç duhet me një sistem të përshatshëm telefonik me receptionist, dhe që numri i telefonit është i dukshëm në hyrje të qendrës shëndetësore që do të thotë se qendrave të tjera shëndetësore në një masë të madhe u mungojnë këto lehtësira kyçe për marrëdhënien me pacientët. Pacientët shpesh lihen të presin meqënëse takimi i tyre në shumicën e rasteve nuk rregullohet me axhendë. Në këto kushte, në në Tiranë psh, pacientët preferojnë të udhëtojnë drejt Qendrës Spitalore Universitare “Nënë Tereza”.

Cilat fusha të investimeve mund të konsiderohen efektive?

Investimet janë pika e dobët dhe e domosdoshme për t'u kryer në të ardhmen për të përmirësuar shërbimin parësor shëndetësor në Shqipëri. Edhe në qendrat shëndetësore të cilat kanë paraqitur nivel të lartë infrastrukture, pajisjesh, medikamentesh, personeli etj. ka nevojë për investime dhe përkujdesje për përsosmëri, ka ende pika të dobëta që mund të investohen për të përmirësuar efikasitetin e qendrave kryesore shëndetësore. Fushat e përmirësimit kanë të bëjnë me pajisjet, medikamentet, dokumentacionin etj. Shëndeti i gruas e fëmijës ka nevojë për investim të veçantë që duhet të lidhet jo vetëm me periudhën e shtatzanisë, për t'u treguar grave e nënave se si duhet të përkujdesen për fëmijët e tyre dhe si duhet t'i ushqejnë në mënyrë që t'u japin fëmijëve vlerat e domosdoshme ushqimore. Nga ana tjetër, nga specialistët e shëndetësisë sugjerohet se puna për ekzaminimin e kancerit të gjirit duhet të nisë që në qendra shëndetësore, ku infermierja ose mjekja e familjes mund t'i bëjë ekzaminim ose kontroll klinik në mënyrë të vazhdueshme vajzave dhe grave që frekuentojnë qendrën shëndetësore dhe të këshillojnë sipas rastit për eko ose mamografi.

Gjithashtu, u vu re qartazi se mungonin pajisjet e duhura për lindjet, si në qendrat shëndetësore kryesore, ashtu edhe në ambulanca. Ky komplet pajisjesh shumë i rëndësishëm dhe i domosdoshëm mungonte. Pavarësisht se sipas një vendimi të Ministrisë së Shëndetësisë, në qendra shëndetësore nuk mund të kryhen lindje sepse nuk ka shërbim reanimacioni, seti i pajisjeve të lindjes duhet të jetë prezent për të ndërhyrë në rast urgjence ose gjatë transportimit të gruas shtatzënë nga zonat rurale në spitalin e qytetit. Në këtë rast, infermierja-mami i QSHKP duhet ta shoqërojë.

Dokumentacioni, siç u përmend më parë, është mbajtur mirë në përgjithësi, por gjatë studimit është vërejtur se ka dobësi në mbajtjen e regjistrave të dhunës në familje dhe rezulton se ky fenomen nuk raportohet nga personeli mjekësor ose infermieror.

Në bazë të gjetjeve u vu re se ndër pikat e dobëta të qendrave shëndetësore të cilat kërkonin investime serioze është përshtatshmëria e qendrave për pacientët me aftësi të kufizuara. Investime të tjera duhet të bëhen në sistemet telefonike, kompjuterike, dhe të internetit. Investimi për teknologjinë e informacionit dhe krijimi i një baze të dhënash elektronike do të çonin në përmirësimin e shërbimit dhe komunikimit më të qëndrueshme midis pacientëve dhe personelit mjekësor. Në lidhje me përmirësimin e këtyre sistemeve, investimi nuk duhet të jetë vetëm mbështetje teknike por edhe investim në trajnimin e duhur të personelit mjekësor e infermieror.

Mangësitë infrastrukturore kërkojnë investime të konsiderueshme. Energjia elektrike, uji i ngrohtë e i ftohtë janë dy elementë të varura nga pushteti lokal i cili rezultoi të ishte shumë larg përkujdesjes së qendrave shëndetësore. Për funksionimin e duhur të qendrave shëndetësore kërkohen gjeneratorë, sidomos për qendrat shëndetësore në zona të thella rurale. Energjia elektrike dhe uji janë dy elementë që kur sigurohen siç duhet, ofrojnë mundësi të mëdha për të përmirësuar dhe zgjeruar shërbimet në një qendër shëndetësore. Ky investim, padyshim sjell përmirësimin e komponentëve të tjerë në lidhje me infrastrukturën siç është ngrohja e ftohja e mjediseve, mbajtja e medikamenteve në mjedis me temperaturë të përshtatshme.

Cilat nga rajonet, Rajoni verior, Rajoni qendror apo ai jugor kanë nevojë urgjente për investime në sistemin shëndetësor parësor?

Nga të dhënat e studimit del qartë që të gjitha rajonet në Shqipëri kanë nevojë për investime, pasi nuk ka dallime të dukshme midis qendrave shëndetësore në këto rajone. Kjo është e dukshme nga analiza e të dhënave të variablave të ndryshme sipas seksioneve të pyetësorit dhe nga analiza statistikore. Organizimi i qendrave shëndetësore linte për të dëshiruar pothuajse në të gjitha qarqet në rajonin verior të Shqipërisë, ndërsa në rajonin qendror Elbasani kishte shifrën më të ulët, ndjekur nga Vlora në rajonin Jugor të Shqipërisë.

Në procedurat e hapjes, Vlora mban shifrën më të lartë rreth 28% të mos hapjes në rregull dhe sipas procedurave të qendrave shëndetësore e ndjekur nga Korça e Kukësi me rreth 20% të rasteve.

Gjithashtu, në lidhje me marrëdhëniet me Fondin e Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor (FSDKSH), qendrat shëndetësore në rajonin verior kanë marrëdhënie të parregullta, duke theksuar se pothuaj në të gjitha qendrat shëndetësore në të gjithë Shqipërinë në këto institucione nuk kryhej auditim i rregullt nga ana e Fondit. Ndërsa përsa i përket investimeve ato janë kryer shumë pak ose aspak në 33% të qendrave shëndetësore në të gjithë Shqipërinë. Në lidhje me infrastrukturën, Kukësi me 33% dhe Elbasani me 25% kanë infrastrukturë të papërshtatshme. Të papajisura siç duhet në përqindje të lartë rezultojnë qendrat shëndetësore në Shkodër me 27% dhe Gjirokastrë me 33%. Në lidhje me medikamentet që duhej të ishin në një qendër shëndetësore sipas standarteve ishte shumë e vështirë të merrje informacionin e duhur i cili në disa raste nuk u arrit të merrej.

Sugjerime për aksione të ardhshme

Duke parë gjetjet dhe konkluzionet e mësipërme më poshtë jepën disa sugjerime në lidhje me përmirësimin e punës në qendrat e shëndetësore të kujdesit parësor në Shqipëri.

- Qeveria Shqiptare duhet të parashikojë rreth 10– 12% të buxhetit të shtetit për shëndetësinë.
- Qendrat shëndetësore të kujdesit parësor së bashku me degët e tyre duhet të shihen si pika të rëndësishme me të cilat përballet fillimisht pacienti shqiptar, duke i kthyer ato në pika të besueshme dhe me shërbim cilësor.
- Ministria e Shëndetësisë e Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor duhet të bëjnë një plan investimesh me synimin që brenda pesë viteve dhe paralelisht me reformat në shërbimin shëndetësor parësor, të përmirësohet infrastruktura e 415 qendrave shëndetësore të kujdesit parësor.
- Qendrat shëndetësore duhet të menaxhojnë buxhetin përkatës dhe të rrisin kapacitetet në bashkëpunim me organizata të shoqërisë civile për të thithur fonde të tjera.
- Qendrat shëndetësore duhet të ndjekin me përpikmëri paketat e shërbimeve shëndetësore në dispozicion e të miratuara.
- Të kryhet unifikimi i shërbimeve shëndetësore që kryhen në klinikat e specialiteteve.
- Mjekët e përgjithshëm që ndërkohë janë në detyrë të kryejnë specializimin për mjek familjeje duke të shërbyer kështu si mjek familje dhe të shihet mundësia për diferencim real në pagë mes mjekut të familjes dhe atij të përgjithshëm.
- Është domosdoshmëri ekzistenca e një infermiereje-mami në zonat rurale
- Ngarkesa e qendrave shëndetësore në Tiranë mund të zgjidhet me krijimin e një spitali rajonal për Tiranën. Në këtë mënyrë ulet edhe ngarkesa e QSUT, edhe ngarkesa e poliklinikave të specialiteteve që duket se kryejnë funksionin e një spitali rajonal.
- Është e domosdoshme planifikimi dhe ndërtimi i laboratoreve, pranë qendrave shëndetësore kryesore, në të cilat të mund të kryhen analizat minimale, në mënyrë që pacientët të mos sorrolaten që në vizitën e parë te mjeku.

- Të rritet pavarësia e Drejtuesve të qendrave shëndetësore dhe të forcohet autonomia brenda qendrave shëndetësore të kujdesit parësor.
- Fondi duhet të planifikojë dhe auditojë rregullisht qendrat shëndetësore, dhe duhet të parashikojë fonde për auditimin dhe vlerësimin e tyre.
- Qendrat shëndetësore duhet të krijojnë mekanizma për matjen e kënaqësisë së pacientëve të tyre dhe të krijojnë një bazë të dhënash të kompjuterizuar në lidhje me këtë aspekt.
- Qendrat shëndetësore duhet të mbajnë sipas rregulloreve përkatëse rregjistrat e të gjithë dokumentacionin e pacientëve.
- Drejtoritë Rajonale të Shëndetësisë të bashkëpunojnë me Ministrinë e Shëndetësisë dhe pushtetin vendor për të parashikuar ndërhyrjet investuese sipas nevojave të evidentuara nga raportimi periodik i sektorëve të monitorim- supervizimit. Në bashkëpunim me qendrat shëndetësore ato planifikojnë programe trajnimi për personelin mjekësor të tyre për edukimin e vazhdueshëm mjekësor.
- Të përmirësohet infrastruktura, në lidhje me pajisjet, medikamentet dhe dokumentacionin sipas standartit të miratuar.
- Shqipëria ka deklaruar angazhim për çështje të integritetit gjinor në sektorë të ndryshëm përfshirë shëndetësinë në të gjitha nivelet. Ministria e Shëndetësisë dhe gjithë institucionet në varësi të saj duhet të rishohin strategjitë dhe dokumentat politikë nga pikpamja gjinore.
- Ministria e Shëndetësisë dhe Qendrat Shëndetësore duhet të forcojnë partneritetin me aktorë të ndryshëm duke filluar që nga Ministrinë e Linjës, institucionet e pushtetit lokal dhe organizatat e shoqërisë civile.